Rok LI. Kraków, dnia 18. maja 1912. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka słów o gruźliczem zapaleniu otrzewnej i o chirurgicznem jego leczeniu

podał [1])

Dr med. M. Łążyński.

Gruźlicze zapalenie otrzewnej jest chorobą, o której zaledwie od lat 20 częściej mówią, gdyż od tego czasu dokładniej ją znają.

Chociaż badania nad gruźlicą nabierają prawdziwej wartości naukowej dopiero od czasów Laënneca, to jednak wogóle była gruźlica już znana uczonym świata starożytnego, a również wiadomo było lekarzom od czasów najdawniejszych, że są wysięki w jamie brzusznej, które po zwykłem przekłuciu znikają zupełnie i nie odnawiają się w ciągu szeregu lat. Marcello Donato w wieku XVII pierwszy odróżnia płyn swobodny od wysięków otorbionych w jamie brzusznej, a w stuleciu ubiegłem Frank Martell kładzie podwaliny pod różniczkowanie przesięków od wysięków. W parę lat potem Henoch (1855 r.) opisuje przypadek marskości sieci i błon wrzekomych na otrzewnej w połączeniu z wysiękiem; nie jest to nic innego, jak gruźlicze zapalenie otrzewnej. W r. 1862 Spencer Wells podaje swój klasyczny przypadek wyleczenia gruźlicy otrzewnej po operacyi, przedsięwziętej w celu usunięcia torbieli jajnika. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że znajdował się w niej wysięk otorbiony. Chora wyzdrowiała i żyła później jeszcze 25 lat.

Pomimo to jednak jeszcze w r. 1882 Heinecke (w wydawnictwie chirurgicznem Billrotha i Pithy) utożsamia co do rokowania wysięki w jamie brzusznej pochodzenia rakowego, mięsakowego i gruźliczego. Dopiero König w roku 1884 kładzie trwałe podwaliny pod leczenie chirurgiczne wysięków gruźliczych w jamie otrzewnej.

Co do objawów klinicznych omawianej choroby, to większość autorów podaje przebieg jej, jako odrazu przewlekły; chorzy zwykle nie kładą się do łóżka, chyba zmuszeni do tego wielkiem wycieńczeniem i brakiem sił. Jednakże trafiają się przypadki o przebiegu ostrym, przypominającym do pewnego stopnia dur brzuszny.

Zapalenie otrzewnej gruźlicze można podzielić na dwie wielkie grupy, — zapalenie »suche« i »wysiękowe«.

[1]) Odczyt w Polskiem Towarzystwie lekarskiem w Kijowie.

Pojęcie: zapalenie suche, jest względne, gdyż niewielkie ilości płynu i jemu zwykle towarzyszą. Wysięk zawsze prawie bywa przeźroczysty, surowiczy; wysięków ropnych opisano niewiele. Wysięk bywa wolny lub otorbiony. Jelita przy wysiękach układają się w górze, częściej z prawej strony, a to zdaniem Kochera wskutek ukośnego przymocowania nasady krezki. Postać sucha powszechnie uważana jest za złośliwszą, daje bowiem często nacieki ścian jelita, zrosty z otrzewną ścienną, a ogniska gruźlicze na wzór nowotworów złośliwych drążą z otrzewnej w ścianę brzuszną, tworząc ostatecznie przetoki kałowe. Postać ta wywołuje zlepy i zrosty między jelitami lub między jelitami a innymi narządami wewnętrznymi, jak wątrobą, trzustką, jajnikami i t. d., powodując objawy niedrożności. Lauper opisuje kilka takich przypadków z kliniki Kochera. Zgrubienia sieci nieraz naśladują guzy jamy brzusznej, jajników, jajowodów, macicy. Jednakże zrosty, powodujące objawy niedrożności, spostrzega się także i w postaciach wysiękowych. Przypadek taki miałem w swej praktyce.

Chorą, około 50-letnią, widziałem pierwszy raz na wsi i stwierdziłem u niej ciężkie objawy niedrożności jelit, oraz wysięk w jamie brzusznej. Skierowałem ją zaraz do kliniki chirurgicznej, gdzie ją operowano. W jamie brzusznej znaleźliśmy obfity wysięk, na otrzewnej mnóstwo gruzełków, okrężnica poprzeczna była zaciśnięta włóknistym powrózkiem. Po operacyi stan chorej znacznie się poprawił i obecnie chora żyje i czuje się nieźle (3 lata).

W jaki sposób prątki gruźlicze dostają się do otrzewnej? Przedewszystkiem zapomocą ogólnego obiegu krwi z ognisk gruźliczych już istniejących, a także według wszelkiego prawdopodobieństwa przez ściany jelita, tak gruźliczo schorzałego, z owrzodzeniami na śluzówce, jako też i nieuszkodzonego, o czem nie wątpi Ebstein, a co na zwierzętach świeżo dowiódł Jurgielunas [1]). Ten autor znajdował mianowicie pod błoną surowiczą wyrostka robaczkowego królików, karmionych zawiesiną prątków gruźliczych bydła rogatego, charakterystyczne gruzełki, chociaż nie było zmian w innych warstwach ściany jelita.

Nadto pierwotnem ogniskiem, skąd następnie zarazek się rozprzestrzenia — per continuitatem, mogą być gruczoły chłonne krezkowe; u kobiety, wewnętrzne narządy rodne; wreszcie płuca, opłucna i gruczoły oskrzelowe, skąd zaka-

[1]) Proischożd. i razwitie obszczej bugorczatki. Dyssert. Kijów 1910 r.

żenie przez przeponę dostaje się do jamy brzusznej. Wogóle w większości przypadków przy zapaleniu otrzewnej gruźliczem podczas oględzin zwłok znajdowano ogniska gruźlicze i w innych narządach.

Częstość omawianej choroby podaje Sick z Hamburga na 4,5%, Pribram na 4,7%. Choroba nie oszczędza ani dzieci, ani dorosłych, ani starców. Gelpke jest zdania, że najczęściej bywają dotknięte osoby dorastające, w drugim lat dziesiątku. Małe dzieci chorują rzadziej (Leyden), rokowanie jednak jest tutaj niepomyślne; zdaniem Bagińskyego choroba u dzieci małych zawsze prawie kończy się zejściem śmiertelnem. Zważywszy jednak, że, jak to ostatnimi czasy stwierdzono, jest wiele przypadków lekkich, — raczej przebiegających bez ciężkich objawów klinicznych, pozostających często bez stanowczego rozpoznania, rokowanie i dla wieku dziecięcego należałoby nieco złagodzić.

Zdaje się, że wszyscy lekarze kliniczni zgadzają się, iż w wielu przypadkach rozpoznanie gruźlicy otrzewnej natrafia na trudności. Prawie każdy z nich miał w swej praktyce chorych, u których cierpienie to rozpoznano dopiero po otwarciu jamy brzusznej, w przypadkach szczęśliwszych, na żywym, w mniej szczęśliwych, na zwłokach, jak to było n. p. z chorym Gelpkego, który w przeddzień śmierci odrzucał jeszcze śnieg łopatą, a na sekcyi znaleziono u niego ogromnie posunięte gruźlicze zapalenie otrzewnej.

Obecnie wiemy, że wiele przypadków gruźliczych wysięków w jamie brzusznej, których przyroda gruźlicza sprawdzona została przez szczepienie zwierzętom, przebiegało bez ciężkich objawów, rozpoznanie zaś było przypadkowem. W każdym razie, jeżeli mamy chorego z wysiękiem w jamie brzusznej, trochę gorączkującego, chudnącego, jeżeli objawów tych nie można złożyć na karb choroby serca, wątroby lub nerek, to należy pomyśleć o gruźliczem zapaleniu otrzewnej. Niewielkie ilości wysięku, mniej niż dwa litry, trudno lub wcale nie dają się określić opukiwaniem. Pomaga tutaj do pewnego stopnia badanie przez odbytnicę, a także opukiwanie chorego stojącego i leżącego na czworakach. Kiedy się uda dostać płyn zapomocą przekłucia próbnego, to wynik dodatni szczepienia takiego płynu zwierzętom oczywiście rozstrzyga sprawę. Postaci gruźlicy suchej towarzyszą zwykle wybitniejsze objawy chorobowe, przeważnie bóle w jamie brzusznej i wysoka gorączka, co ułatwia nieco rozpoznanie choroby.

Godną uwagi jest co do rokowania przy omawianem cierpieniu różnica zdań dawniejszych autorów niemieckich i francuskich.

Pierwsi, jak Runge, Eichhorst, Niemeyer, uważali chorobę za nieuleczalną, drudzy zapatrywali się na sprawę bardziej optymistycznie. I tak Louis, mówiąc o powikłaniach suchot płucnych, jeszcze w trzecim dziesiątku ubiegłego stulecia powiada, że u pewnych osób z zapalnymi wysiękami w otrzewnej, z przebiegiem choroby bardzo przewlekłym, po dość długich przypadłościach ze strony brzucha objawy zapalenia otrzewnej znikają. Juéneau de Mussy również twierdzi, że zapalenie gruźlicze otrzewnej może być wyleczone, jak wogóle mogą się zagoić inne ogniska gruźlicze. Czem się da wytłómaczyć ta różnica zdań? Być może, różnicą klimatu, łagodniejszego we Francyi, który wogóle sprzyja walce ustroju z gruźlicą; być może także, lepszymi warunkami bytu społecznego ówczesnej Francyi. Dzisiaj wiemy już z pewnością, że gruźlica otrzewnej jest chorobą uleczalną; w przypadkach lżejszych następuje zwykle samowyleczenie, jak to daje się spostrzegać także w zapaleniu opłucnej, która ma wiele cech wspólnych z otrzewną. Gelpke jest zdania, że pod względem zdolności zdrowienia obydwu tych błon surowiczych panuje zupełna analogia.

Co do leczenia chirurgicznego gruźlicy otrzewnej, to jak już wspomniałem, od czasu spostrzeżeń Königa panuje wśród większości lekarzy pewność, że w wielu przypadkach otwarcie jamy brzusznej i wypuszczenie wysięku, lub proste otwarcie jamy brzusznej bez jakichkolwiek innych zabiegów (jako to płukanie rozczynami odkażającymi, wycieranie wacikami i t. d.) wiedzie w postaci suchej do długotrwałego polepszenia, lub nawet wyleczenia. Wyleczenie w danym przypadku rozumiemy w znaczeniu klinicznem, t. j. ustąpienie na lat kilka lub kilkanaście wszelkich objawów chorobowych.

Dłuższy czas patrzano na wyniki tej prostej operacyi, jako na zjawisko zagadkowe. Starano się wytłómaczyć ustępowanie sprawy gruźliczej na otrzewnej wpływem światła (Lauenstein, Dodson, Porter), lub powietrza (Mosetig, Leyden, Folex) i dlatego po wypuszczeniu wysięku trójgrańcem wdmuchiwano powietrze. Inni przypisywali znaczenie rozstrzygające wprowadzonym podczas operacyi ciałom odkażającym: König, jak wiadomo, stosował jodoform i kwas karbolowy. Fehling wreszcie przypuszczał, że podczas operacyi dostają się do jamy otrzewnej inne drobnoustroje, zwalczające prątki gruźlicze.

Jednakże, jeżeli uznamy analogię między otrzewną, a innemi błonami surowiczemi, — w pierwszym zaś rzędzie opłucną, która rozwojowo jest blizko z otrzewną spokrewniona, — to obaczymy, że zjawisko to, napozór zagadkowe, dotyczy tak samo i gruźliczych wysięków w opłucnej, które po jednem lub kilkakrotnem przekłuciu mogą na stałe, lub przynajmniej na bardzo długi przeciąg czasu znikać. Tożsamo daje się spostrzegać i na błonach maziowych. A jednak przy leczeniu przekłuciem i wyssaniem wysięków opłucnej i błon maziowych unikamy starannie dostępu powietrza; o działaniu zaś światła przez wązki otwór chwilowy nie może chyba być mowy. Pomimo to osiągamy nieraz i tu i tam wynik dodatni.

Po wypuszczeniu wysięku z jamy brzusznej, czy to zapomocą cięcia, czy trójgrańca, zawsze prawie w pierwszych dniach po zabiegu zbiera się pewna ilość płynu. Tak Rose, Ramoni, Herzfeld, Naumann, Bardenheuer, Stilling, Kappeler, Schwarz, Hildebrand, kładą nacisk na to, iż po każdej laparotomii, dla opróżnienia gruźliczego wysięku dokonanej, płyn gromadzi się ponownie, co nieraz zmusza do powtórnych operacyi. Joffé powtarzał operacyę trzy razy, d'Urso 4 razy. Niezwykły przypadek opisał Carvi: w ciągu 2 miesięcy dwa razy dziennie wypuszczał choremu zapomocą trójgrańca od 500,0 do 1000,0 płynu, dopóki chory nie wyzdrowiał. Niektórzy (Dörfler, Ochsner, Gluck, Löhlein) chirurgowie, by uniknąć powtórnych operacyi, powzięli myśl sączkowania otrzewnej. Jednakże myśl ta szczęśliwą nie była, gdyż sączkowanie takie sprzyjało tworzeniu się przetok, osłabiało chorych, gdy przeciwnie

tworzeniu się po operacyi nowego wysięku w jamie zamkniętej towarzyszy zwykle ogólne polepszenie stanu chorego. Jeżeli raz jeszcze porównamy otrzewnę z innemi błonami surowiczemi, to obaczymy, że tam sączkowanie wysięków gruźliczych jest przeciwwskazane.

Gruźlica doświadczalna u zwierząt, przynajmniej u psów, leczona następnie drogą chirurgiczną, daje tak samo, jak u człowieka, wysięk pooperacyjny. Gatti, któremu w pierwszym rzędzie owe doświadczenia na psach zawdzięczamy, pierwszy, jeżeli się nie mylę, wypowiedział zdanie, że ten płyn surowiczy, który zbiera się po operacyi u zwierząt w gruźliczo zmienionej otrzewnej, posiada działanie bakteryobójcze i autor ten przypisuje mu działanie lecznicze u zwierząt, nie robi atoli jeszcze uogólnień co do podobnegoż działania wysięku u ludzi. Dalsze doświadczenia na psach z gruźliczem zapaleniem otrzewnej wykazały, że leczenie operacyjne niezawsze dawało jedne i te same wyniki. Mianowicie stan zwierząt, u których dłużej pozostawiono pierwotny wysięk, po wypuszczeniu jego poprawiał się. Zwierzęta ze świeżym wysiękiem po operacyi ginęły. Sprawiało to zatem wrażenie, że wysięk świeży jest rzeczą potrzebną dla ustroju.

Jeżeli zwrócimy się do spostrzeżeń klinicznych, to zauważymy mniej więcej podobny stosunek. Ze sprawozdania z kliniki Kochera (Lauper, 1906 r.) widać, że operacya dała wynik dodatni w tych przypadkach, w których wysięk trwał nie mniej niż pół roku. W paru przypadkach, operowanych po 2-miesięcznem trwaniu wysięku, był także wynik dobry. Odznaczały się one bardzo obfitem nagromadzeniem się płynu. Parę przypadków ze świeżym wysiękiem (od 3 do 6 tygodni) po operacyi zakończyło się zejściem śmiertelnem. Dwa inne przypadki wskutek obecności powikłań nie są tak przekonujące. U Lindnera na 34 wyleczonych wszyscy, oprócz trzech, mieli wysięki, trwające od 4 miesięcy do $1^1/_2$, a nawet do $2^1/_2$ lat. Trzy świeże przypadki operowano wskutek bardzo wielkiej ilości płynu. Z 13 przypadków, które się zakończyły śmiercią, tylko 3 było ze starym wysiękiem; z tych jeden chory zmarł wskutek zapadu, dwaj drudzy z niewielką ilością wysięku wskutek wycieńczenia po utworzeniu się przetok kałowych. W danych statystycznych z kliniki Döderleina na 10 przez operacyę wyleczonych chorych — jedna tylko wczesna operacya (wysięk trwał od dwóch miesięcy), za to na 15 zejść śmiertelnych — 12 wczesnych operacyi. Podobneż wyniki otrzymali Runge, Lehmann, Braun.

Nasuwa się tu pytanie, jakie tłómaczenie danego zjawiska będzie najbardziej przekonujące?

Mnie się zdaje, że tłómaczenie Gelpkego najwięcej zbliża się do prawdy. Podaje on taką teoryę. Wysięk pierwiastkowo jest pożyteczny i zawiera gruźliczą antytoksynę resp. antymikrobinę. Czynnik ten wystarcza do zwalczenia lżejszych postaci choroby. W krótkim stosunkowo czasie wywołuje on wyleczenie się sprawy gruźliczej i następnie sam zostaje wessany. W przypadkach poważniejszych nie wystarcza działanie pierwotnego wysięku, przynajmniej niezupełnie wystarcza. Wysięk przytem nie wchłania się, bądź to wskutek tego, że tkanki (w danym przypadku otrzewna) są napojone ciałami, zawartemi w wysięku (izotonia), co unicestwia ich zdolność chłonną w tym kierunku, bądź to wskutek tego, że naczynia krwionośne są w stanie zapalnym, w którym mają więcej zdolności do tworzenia wysięku, niż do wchłaniania. Jeżeli zaś ten zużyty wysięk (verbrauchtes Exsudat) wypuścić, naczynia krwionośne napełniają się i tworzy się nowy, czynny wysięk, który zwalcza sprawę chorobową. Otwierając jamę brzuszną i wypuszczając płyn, przedewszystkiem wywołujemy przekrwienie całej otrzewnej i przytem nietylko bierne, ale i czynne, gdyż napełniają się nietylko żyły, ale i drobne tętnice rozszerzają się. A zatem mamy tutaj nietylko zastój żylny, ale wogóle przekrwienie.

Że takie przekrwienie wywiera stanowczo dobroczynny wpływ na sprawę, zdaje się nie ulegać wątpliwości. W tym sensie wypowiedział zdanie cały szereg badaczy, Nassauer, Schramm, Bartz, Bumm, Winkel, Hildebrand. Hildebrand przypuszczenia swoje poparł doświadczeniami na zwierzętach ze sztucznie wywołaną gruźlicą otrzewnej. Operował on następnie jedne z nich zwyczajnie, drugie pod warstwą fizyologicznego rozczynu soli, w którym to przypadku przekrwienie »ex vacuo« nie następowało. Te zwierzęta ginęły, natomiast operowane w warunkach zwykłych powracały do zdrowia.

Samo otwarcie jamy brzusznej tam, gdzie niema płynu, także daje pewne przekrwienie i wytwarza następczy wysięk pooperacyjny (Hildebrand), ale nieznaczny. To też laparotomia w postaciach suchych gruźlicy otrzewnej nie daje wyników tak pomyślnych, jak w postaciach wysiękowych, zwłaszcza z wielkiemi ilościami płynu.

Pogląd ten co do wpływu operacyi, a mianowicie opróżnienia wysięku, na sprawę gruźliczą, można mojem zdaniem zastosować do innych błon surowiczych, błon maziowych i ropni zimnych. Należy tylko w ocenie wyników praktycznych uwzględniać anatomiczne, histologiczne i fizyologiczne właściwości tkanki, dotkniętej chorobą. Im tkanka jest żywotniejsza, im bogatsze jej unaczynienie, im więcej posiada zdolności plastycznych, — tem wynik zabiegu będzie lepszy. Uwzględniając to wszystko, zrozumiemy, dlaczego jednorazowe wypuszczenie wysięku z jamy brzusznej tak często daje trwałe pomyślne wyniki, a takisam zabieg na stawie kolanowym bardzo rzadko wystarcza. W tych razach doświadczenie nauczyło nas stosowania środków tak zwanych swoistych, w pierwszym rzędzie jodoformu. Ale według wszelkiego prawdopodobieństwa stosowanie jodoformu, które praktycznie daje często tak dobre wyniki, teoretycznie da się uzasadnić nie tyle bakteryobójczą własnością tego środka, ile długotrwałem, łagodnie drażniącem działaniem, które sprawia rozszerzenie nielicznych naczyń błon maziowych lub nawet tworzenie się nowych. Taki sam, być może, wpływ mają kąpiele szlamowe (limany rosyjskie, fango włoskie).

Co do tego, jaki sposób wypuszczania płynu przy wysiękach gruźliczych w otrzewnej jest bardziej celowy, zdania się dzielą. Jedni są za cięciem, drudzy za przekłuciem. Ten drugi sposób, o ile z piśmiennictwa wnosić można, znalazł znaczną ilość zwolenników wśród polskich chirurgów. Leśniowski, Landstein, Borsuk, Świątecki, Stankiewicz leczyli omawiane cierpienie przekłuciem z wynikami pomyślnymi. Zważywszy istotę rzeczy, to sposób leczenia i jeden i drugi można uważać za dobry.

Nadmienić należy tutaj jeszcze o jednem ciekawem, powszechnie znanem zjawisku, które mniej wyraźnie daje

się stwierdzać przy wysiękach otrzewnych, a wyraźnie występuje przy wysiękach w opłucnej, gdzie łatwo opukiwaniem określić niewielkie wahania w ilości płynu. Zjawisko to polega na tem, że po wypuszczeniu części płynu, nawet niewielkiej, następuje wessanie reszty. Jak to wytłomaczyć? Sama przez się nasuwa się myśl, że po usunięciu części płynu następuje zmniejszenie ciśnienia w zamkniętym worku i na miejsce usuniętej części wstępuje pewna ilość nowego płynu surowiczego. Płyn ten zaś, być może, zawiera w sobie ciało, zobojętniające pozostały wysięk, jak kwas zasadę. Zobojętniony wysięk przestaje drażnić błonę surowiczą, której stan zapalny o tyle się zmniejsza, że naczynia zaczynają wchłaniać. Można też przypuścić, że nowy wysięk zawiera ciało aktywujące, jak to się dzieje w stosunku enterokinazy do soku trzustki, — i w takim razie wszystek płyn nabiera własności bakteryobójczych, zwalcza zarazek, usuwając przyczynę zapalenia, a sprawa kończy się wessaniem płynu.

Na zakończenie pozwolę sobie wypowiedzieć następujące wnioski:

1. Zapalenie otrzewnej gruźlicze wysiękowe, nie powikłane znacznemi zmianami w płucach i innych narządach, jest w większości przypadków wyleczalne.

2. Wysięk gruźliczy w otrzewnej należy wypuścić czy to zapomocą trójgrańca, czy cięciem powłok, jeżeli leczenie zachowawcze w ciągu 4—6 miesięcy nie daje wyników pomyślnych.

3. Jeżeli wysięk jest duży, można operować wcześniej; jeżeli niewielki, lepiej z operacyą nie spieszyć.

4. W postaciach gruźlicy otrzewnej suchych lub z nieznacznym wysiękiem po operacyi dla wzmożenia dobroczynnego przekrwienia błony surowiczej wskazane jest wprowadzenie do jamy brzusznej zawiesiny jodoformowej.

5. Oddzielanie zrostów, wycieranie gazą błony surowiczej jest niebezpieczne, gdyż łatwo potem tworzą się przetoki kałowe. Zrosty oddzielać należy tylko wtedy, jeżeli wywołują one zwężenie jelit.

6. Autoseroterapia wysięków gruźliczych nie jest uzasadniona teoretycznie, a praktycznie, sądząc z piśmiennictwa, nie daje wyników dodatnich, może być zaś szkodliwa przez autoinokulacyę gruźlicy.

Z Zakładu chemii lekarskiej (Dyrektor Prof. Dr Bądzyński) i z Kliniki lekarskiej (Dyrektor Prof. Dr Gluziński) c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

Jak należy sobie tłomaczyć działanie atofanu?

podał

Dr Witold Skórczewski.

Wśród środków, używanych w ostatnich czasach w leczeniu dny, nabrał dużo rozgłosu kwas dwufenilochinolino-czworokarbonowy z powodu swej własności zwiększania wydalania kwasu moczowego, czego przy stosowaniu żadnego środka leczniczego w tej mierze nigdy nie spostrzegano.

Zajmując się od paru miesięcy sprawą działania atofanu na ustrój ludzki (wyniki prac ogłosiliśmy wspólnie z Dr J. Sohnem w pismach lekarskich tygodniowych), natrafiliśmy na pewne fakty, które różnią się zupełnie od dotychczasowego tłomaczenia działania atofonu i zmuszają mnie do zwrócenia uwagi na najprostsze i według mego zapatrywania najprawdopodobniejsze tłomaczenie jego działania.

Prócz pracy Emila Starkensteina, który spostrzegał zmniejszenie ilości allantoiny u królików i psów po podaniu atofanu i zwrócił pierwszy uwagę na możliwość zaburzenia utleniania, godzą się autorowie, zajmujący się tą sprawą, na zapatrywania Prof. Weintrauda, który przypisuje atofanowi własność usuwania nadmiaru kwasu moczowego z ustroju. Na razie tłomaczenie to mogłoby się wydawać dziwnem, ponieważ nie znamy dotychczas środków leczniczych, mających podobne własności, dalej ponieważ stwierdzenie działania eliminacyjnego nie zostało poparte doświadczeniem, zwłaszcza ze względu na czynność nerek, jednak tłomaczyło bardzo pięknie krzywą wydalania kwasu moczowego, jaka po podaniu atofanu występowała. Zwiększenie tuż po podaniu największe odpowiadać miało wydaleniu nagromadzonej w sokach ustroju soli kwasu moczowego; następne cyfry niższe świadczyć miały o wyługowaniu nadmiaru kwasu moczowego.

Zostawiając roztrząsanie zapatrywań Prof. Weintrauda do dalszych ustępów niniejszej publikacyi, wspomnieć muszę o wspólnych naszych badaniach nad tym tematem z Dr J. Sohnem, które sprawę działania atofanu przesunąć musiały na inne tory. Udało nam się bowiem zauważyć pewne fakta, które wchodzą głębiej w zachowanie się ustroju wobec atofanu. Mianowicie opierając się na ogłoszonych przez nas występujących w moczach poatofanowych odczynach barwnych, zwłaszcza odczynie dwuazowym (Tygodnik lekarski Nr 47, 1911) zdołaliśmy wyosobnić z takiego moczu ciało, będące utlenionym atofanem. Grupa wodoru przy węglu łańcucha benzolowego zostaje zastąpiona wodorotlenkiem. Analiza pierwiastkowa potwierdza powyższe spostrzeżenie (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 16 1912). Stwierdzenie powyższego faktu pozwala nam niezbicie wnosić, że ustrój zmuszony jest dla przeprowadzenia atofanu w oksyatofan wykonać pewną pracę utleniającą. Nasuwa się natychmiast pytanie, czy ustrój tę pracę bez żadnego uszczerbku pokonuje. Odpowiedź na to pytanie daje w części praca moja i Dr J. Sohna, drukowana w lwowskim »Tygodniku lekarskim« (Nr 13, 14, r. 1912), a wreszcie i doświadczenia, zestawione w załączonej tablicy. W pracy wspólnej stwierdziliśmy mianowicie wzrost siarki obojętnej podczas podawania atofanu. Pozwoliliśmy sobie wysnuć wniosek, że wzrost siarki obojętnej zależy od zaburzenia we wydalaniu kwasów oksyproteinowych. Obecnie dla uzupełnienia przeprowadziłem 2 doświadczenia, w których prócz azotu, kwasu moczowego, siarki mineralnej i obojętnej oznaczałem kwasy oksyproteinowe metodą Gawińskiego. Mocz zbierałem z 3 dób tak z okresów przedatofanowych, jak i podczas podawania atofanu. W okresie atofanowym podawałem 3 gr. atofanu na dobę. Dyetę dostawali chorzy mieszaną. Azot oznaczałem metodą Kjeldahla, kwas moczowy metodą Wörnera, siarkę mineralną

strącałem chlorkiem baru, ogólną oznaczałem metodą Modrakowskiego.

	Mocz z 3 dób. Ilości średnie z 24 godzin.	Ilość moczu	Azot	Azot kwasu moczowego	Siarka mineralna	Siarka obojętna	Stosunek siarki obojętnej do ogólnej	Azot kw. oksyproteinowych	Siarka kwasów oksyproteinowych	Stosunek azotu kw. oksyprotein. do azotu moczu	Stosunek siarki kw. oksyprot. do siarki obojętnej	Stosunek siarki kw. oksyprot. do ich azotu.
Łukasz Z. l. 35 Bronchitis diff. Dyeta mieszana	przed podaniem	1207	13·616	0·135	0·8544	0·1084	11·2%	0·7939	0·1032	5·83%	95%	1:7·7
	podczas podawania atofanu	1093	11·113	0·191	0·5703	0·1275	18·2%	0·7041	0·1070	6·33%	84%	1:6·5
Ilko G. l. 36 Res. post. pleur. dextr. Bronchitis d. Dyeta mieszana	przed podaniem	1320	16·924	0·2096	1·3357	0·1705	11·3%	0·6699	0·0723	3·95%	50·7%	1:9·2
	podczas podawania atofanu	1255	14·196	0·3062	1·0576	0·1857	14·9%	0·6720	0·0899	4·73%	50·7%	1:7·5

Oznaczenia azotu, kwasu moczowego, siarki mineralnej i ogólnej, jakoteż azotu i siarki w syrupach barowych kwasów oksyproteinowych przed i podczas podawania atofanu.

Załączona tablica stwierdza wzrost odsetkowy azotu kwasów proteinowych podczas podawania atofanu i wzrost tak odsetkowy jak i bezwzględny siarki, zawartej w tychże kwasach. Gdybyśmy przyjęli za zasadę zapatrywanie Gawińskiego, że cała siarka obojętna jest zawarta w kwasach oksyproteinowych i odpowiednio wprowadzili poprawki tam, gdzie cyfry według tych obliczeń wypadają niższe, wnioski, które u wstępu z tablicy wyciągamy, zupełnie nie ulegną zmianie. Zwrócić musimy zwłaszcza uwagę na przesunięcie się stosunku między azotem a siarką w obu doświadczeniach na korzyść siarki. Doświadczenia te uważam za niedostateczne, aby z nich wyciągać niezbite wnioski, jednak potwierdzają one dawniejsze nasze przypuszczenia, że podczas podawania atofanu powstają zaburzenie w wydalaniu kwasów oksyproteinowych.

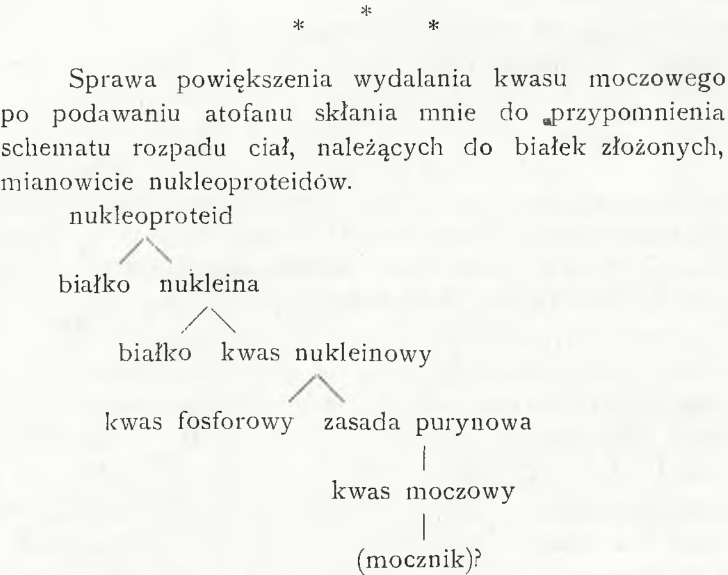
Opierając się na dotychczasowych wynikach, pozwolę sobie przedstawić moje zapatrywania w sprawie działania atofanu, poprzedziwszy je przytoczeniem kilku znanych danych z licznych badań nad przemianą materyi, aby uplastycznić bieg moich myśli.

W pierwszym rzędzie chciałbym kilka słów nadmienić o ważności roli kwasów oksyproteinowych w przemianie białka ustroju. Około 4% azotu znajduje się w moczu, należącego do tych związków. W sprawach chorobowych odsetek ten znacznie wzrasta. Ciała te, wyosobnione przez prof. Bądzyńskiego i jego uczniów z moczów ludzkich, mają naturę wyraźnie kwasową, trudno przechodzą przez błony zwierzęce, zawierają w swym składzie prócz azotu, węgla, wodoru i tlenu, również i siarkę. Badania Dąbrowskiego i Browińskiego wykazały możność odszczepienia zapomocą gotowania z kwasami kwasów aminowych, a badania Gawińskiego stwierdziły, że siarka obojętna prawidłowego moczu ludzkiego należy w całości do kwasów oksyproteinowych. Wszystkie te spostrzeżenia przemawiają za znaczną wielkością drobiny kwasów oksyproteinowych, więc należy przypuścić, że są one jednemi z wyższych pochodnych podczas czynności rozpadu białka w ustroju powstałymi.

W 4 znanych kwasach oksyproteinowych spostrzedz musimy wybitną różnicę między kwasami antoksy- i oksyproteinowymi, a alloksyproteinowym i urochromem. Gdy pierwsze zawierają dwa razy większe ilości azotu, to ostatnie zawierają 5 razy większe ilości siarki. Stąd przesunięcie się stosunku w syrupie barowym azotu kwasów oksyproteinowych do siarki na korzyść siarki musi na podstawie obecnych zapatrywań nasunąć przypuszczenia zwiększenia się po podaniu atofanu zwłaszcza ilości urochromu, uznanego jako podstawowy barwik moczu. Z zapatrywaniem tem zgadza się i spostrzeżenie kliniczne, że mocz po podaniu atofanu jest zawsze znacznie ciemniej zabarwiony.

* * *

Sprawa powiększenia wydalania kwasu moczowego po podawaniu atofanu skłania mnie do „przypomnienia schematu rozpadu ciał, należących do białek złożonych, mianowicie nukleoproteidów.



Kwas moczowy jest jednem z ostatnich ogniw tego łańcucha. Pamiętając o zwiększeniu się wydalania jego po podaniu atofanu, mielibyśmy następujące pytania do rozstrzygnięcia. W pierwszym rzędzie, czy nie ma tutaj wzmożonego rozpadu nukleoproteidów, jako skutku trującego działania środka, a więc czy ilość kwasu fosforowego równocześnie się nie zwiększy. Zgodna odpowiedź na to w doświadczeniach Starkensteina, Weintrauda, Dohrna, naszych i wielu innych nie wykazuje zwiększenia kwasu fosforowego w moczu (rozbiorów kału dotychczas nie posiadamy), a więc

przypuszczenie wzmożonego rozpadu nukloproteidów nie jest uzasadnione. Pytanie następne dotyczy zagadnienia, czy dokładniejszy rozkład zasad purynowych nie mógłby wywołać przyrostu kwasu moczowego. Wprawdzie ilość ich w moczu nie jest wielka, ale i tu pewne wnioski możnaby wysnuwać. Badania dotychczasowe (Nicolaier i Dohrn, Skórczewski i Sohn) nie wykazują ich zmniejszenia w okresach atofanowych, a więc nie możemy wnosić o przyroście kwasu moczowego na koszt zasad purynowych.

Następnie nasuwa się pytanie, czy zwiększenie wydalania kwasu moczowego nie jest zależne od wydalania nadmiaru kwasu moczowego pod wpływem swoistym. Zapatrywanie podobne jest podstawą tak zwanej teoryi eliminacyjnej Weintrauda. Za zapatrywaniem tem przemawiałoby znaczne zwiększenie ilości kwasu moczowego pod wpływem pierwszej dawki, przy znacznie mniejszem zwiększeniu w dniach następnych mimo podawania dawek tej samej wysokości. Ściślejsza jednak obserwacya wykazuje cały szereg faktów, które z tem zapatrywaniem pogodzić trudno. A więc najpierw nie jest stwierdzone, że istnieje w ustroju nadmiar kwasu moczowego, który miałby być wydalony, dalej przypuściwszy, że ten nadmiar istnieje i został przez pierwsze dawki wydalony, to dalsze podawanie atofanu przy dyecie bezpurynowej nie powinno wywoływać wzrostu kwasu moczowego ponad ilości średnie, co z doświadczeniem nie jest zgodne. Spostrzegamy bowiem wahania w wydalaniu i liczby wyższe od średnich podczas całego okresu podawania środka.

Liczby te, zwłaszcza u chorych dnawych, są nieraz bardzo wysokie, tu jednak możnaby przypuszczać wyługowywanie kwasu moczowego nagromadzonego w złogach, co u chorych nie dnawych stanowczo teoryą eliminacyjną nie da się wytłomaczyć. Dalej zupełnie niezrozumiałe jest spostrzeżenie, że po okresie podania atofanu ilości kwasu moczowego opadają niżej ilości średnich. Wobec wytwarzania prawdopodobnie jednakowo wielkiego, trzebaby przyjąć składanie kwasu moczowego w ustroju, coby niebardzo przemawiało za korzystnem działaniem atofanu. Niebardzo za zapatrywaniem Weintrauda przemawiają badania zawartości kwasu moczowego we krwi, gdzie n. p. prof. Plehn stwierdzał mimo braku kwasu moczowego we krwi znaczne powiększenie wydzielania kwasu moczowego z moczem wskutek podanego tuż po badaniu krwi atofanu.

A teraz zastanówmy się, czy nie istnieje inna możliwość, zdolna wytłomaczyć te wszystkie napotykane wątpliwości, zwłaszcza, że doświadczenia w celu wykazania sprawności nerek podczas podawania atofanu nie dały wyników dodatnich, a raczej, że istnieją fakty, które zdają się świadczyć wprost przeciwnie. Myślę tu o zatrzymaniu w ustroju azotu, chloru i wody, które zawsze dadzą się spostrzedz, a które i w załączonej tablicy są uwidocznione, z których to spostrzeżeń możnaby raczej wysnuć wnioski o upośledzeniu czynności wydalniczej nerki podczas podawania atofanu. W tym duchu stara się Retzlaff zmodyfikować zapatrywanie Weintrauda, zwłaszcza że stwierdził obecność kwasu moczowego we krwi po podaniu atofanu u niednawych z dyetą bezpurynową, co świadczyć miało o zwiększeniu się ilości kwasu moczowego we krwi, a nie za wyługowującem działaniem nerki. Stąd przypisuje Retzlaff atofanowi własności swoiste niejako zaczynowe (?) wydalania kwasu moczowego, nie odnosząc jednak tego działania do czynności nerek. Obydwa te tłomaczenia wprowadzają czynnik nowy, pojęcie w fizyologii dotychczas nie znane, nie licząc się z faktem, że działanie atofanu da się bez wprowadzenia nowych pojęć wytłomaczyć.

Z badań nad zachowaniem się kwasu moczowego w ustroju wynika, że kwas moczowy nie w całkowitej swej ilości, pochodzącej z rozkładu nukleoproteidów ustroju i wprowadzonych pokarmów, zostaje z moczem wydalony. Zdolności rozkładania kwasu moczowego posiadają według badań Wöhlera i Frerichsa, Wienera, Buriana, Schittenhelma i wielu innych pewne narządy rozmaitych zwierząt (wątroba, nerki, mięsień, szpik kostny). Tak nazwana urykoliza odbywa się u rozmaitych ssaków z rozmaitem natężeniem. U człowieka również ona istnieje; za nią przemawia niestosunek między ilością nukleoproteidów, jako ciała rozkładanego i kwasem moczowym, dalej spostrzeżenie, że po wstrzyknięciu dawki kwasu moczowego zaledwie połowę wstrzykniętej ilości możemy wykazać w moczu w stanie niezmienionym. Z możliwością rozpadu kwasu moczowego musiałem się liczyć, i z tej strony roztrząsać robione nad atofanem doświadczenia.

A teraz zważmy, że zmniejszenie rozkładu kwasu moczowego, które objawić się musi powiększeniem jego wydalania, jest zaburzeniem utleniania, że zaburzenie utleniania podczas podawania atofanu istnieje, że świadczy o niem niezbicie zwiększenie ilości siarki obojętnej, i że z drugiej strony wykazujemy wynik pracy utleniającej w przemianie atofanu w oksyatofan. W ten sposób zdołalibyśmy jedną przyczyną wytłómaczyć wszystkie objawy, a obecnie przejdźmy do roztrząsania tych danych, które są słabemi stronami teoryi eliminacyjnej. A więc w pierwszym rzędzie musimy spostrzegać przez cały czas podawania atofanu zwiększenie ilości kwasu moczowego, co w rzeczywistości jest zgodne ze spostrzeżeniami; powinniśmy w chorobach, uważanych za zaburzenia utleniania mieć cyfry kwasu moczowego w tym okresie wyższe, niż u innych chorych, co w rzeczywistości spostrzegamy n. p. u dnawych. Nie zdziwią nas wahania w wydalaniu kwasu moczowego podczas podawania atofanu, ponieważ tak zachować się powinien ustrój w stanie, że tak nazwę, niedomogi utleniania. Jasną stanie się stwierdzana przez Retzlaffa urykemia po podaniu atofanu. Również doświadczenia Baucha i Dohrna, którzy odnajdowali po wstrzyknięciu kwasu moczowego śródżylnie całkowite ilości w moczu w okresach atofanowych, jasno wytłomaczyć możemy. Wreszcie zrozumieć byłoby łatwo nizkie, niżej średniej stojące ilości kwasu moczowego w okresach poatofanowych, zwróciwszy uwagę, że ustrój przez czas podawania atofanu wykonywał zwiększoną pracę utleniającą, co było niejako ćwiczeniem, i że w okresie, kiedy praca ta przez usunięcie środka leczniczego się zmniejsza, ustrój potrafi sprostać lepiej zadaniu rozkładania kwasu moczowego.

Pozostaje nam jedynie wytłomaczyć spostrzeżenie, będące fundamentem teoryi eliminacyjnej, mianowicie znacznie wyższe cyfry kwasu moczowego, jakie spotrzegamy w pierwszym dniu podawania atofanu. Tutaj w rzeczywistości napotykamy na pewne trudności, które na razie jedynie przypuszczeniami i roztrząsaniem teoretycznem możemy wypełnić. Rozpatrywać tę sprawę możemy co do

dwu ewentualności: 1) W ustroju istnieje nadmiar kwasu moczowego, który może być wydalonym. 2) W ustroju nadmiaru kwasu moczowego niema i należy wyższą cyfrę wydalanego kwasu moczowego inaczej tłomaczyć. Ze stanowiska pierwszego moglibyśmy przypuszczać, że sole atofanu, a zwłaszcza posiadającego silniejsze własności kwasowe oksyatofanu, mogą grać rolę rozpuszczalnika dla kwasu moczowego, dalej, że podobną rolę mogą grać zmienione warunki zawartości kwasów oksyproteinowych we krwi, co wszystko mogłoby ułatwiać wydalanie kwasu moczowego z ustroju. Gdybyśmy natomiast wyszli z drugiego założenia, to znaczy, że w ustroju nadmiaru kwasu moczowego niema, co według mojego zapatrywania jest prawdopodobniejsze, musielibyśmy przypuścić większe zaburzenie rozkładania kwasu moczowego w dniu pierwszym, niż w następnych. Przyczyna tego zaburzenia jest niejasna i eksperyment ma tutaj pole do popisu; każde dowodzenie będzie tak dowolnem, jak n. p. teorya eliminacyjna. Na dowód jednak, że bez wprowadzenia nowych pojęć da się sprawę nieco rozjaśnić, niech służy następujące zestawienie faktów, które jednak nie ma pretensyi do rozstrzygnięcia sprawy.

Dotychczas podawane środki oksydacyjne nie zawierały grupy kwasowej, ani benzol, ani chinolina jej nie zawierają, a tak atofan, jak i paratofan i isatofan zawierają grupę kwasową i mają wspólną własność wydalania większej ilości kwasu moczowego. Przypomnijmy sobie obecnie doświadczenia Wiechowskiego, Wienera, Schittenhelma, które stwierdzają, że rozkład kwasu moczowego odbywa się pod wpływem enzymu oksydazy w środowisku słabo zasadowem, gorzej w obojętnem, nie odbywa się w kwaśnem. Nagłe wessanie większej ilości środka kwaśnego może zmienić warunki działania tegoż enzymu, zwłaszcza, że stwierdzona jest jego wzmożona praca na utlenianie atofanu i przypuściłby należało, że sprawa się tak przedstawia pod wpływem pierwszej dawki atofanu, o ile ona jest dość wielka. Małe dawki nie wywołują zwiększenia kwasu moczowego, choć może według teoryi eliminacyjnej należałoby się tego spodziewać. Następnie ustrój wyrównuje istniejące zaburzenie alkaliczności środowiska znanymi środkami i nie wysuwa się na plan pierwszy wydalanie kwasu moczowego, ale utlenianie siarki obojętnej. Jako dowód pracy ustroju w tym kierunku, to znaczy alkalizacyi środowiska podczas podawania atofanu, niech służy zwiększenie ilości amoniaku, choć ono nie jest zwiększeniem bezwzględnem, jeno stosunkowem w porównaniu do całkowitej ilości azotu. Z pracy naszej wspólnej z Dr J. Sohnem można zauważyć stosunek ten przesuwający się na korzyść amoniaku w obu przypadkach, w których amoniak oznaczaliśmy w cyfrach 1:25 i 1:17 w okresie przedatofanowym i w cyfrach 1:20 i 1:13 w okresie atofanowym.

Tak się przedstawiają moje zapatrywania na sposób działania atofanu, a obecnie chciałbym wspomnieć o roli, jaką środek ten dla farmakologii może posiadać. Jest on środkiem, wywołującym zaburzenia utleniania, czy więc jako taki, może ustrojowi mimoto przynieść pewne korzyści? I tu nietylko spostrzeżenia lekarzy praktycznych, ale i doświadczenie fizyologiczne za tem przemawia. Przypomnijmy sobie jedynie nizkie cyfry kwasu moczowego w okresie poatofanowym, z których wyciągnęliśmy wniosek o energiczniejszem działaniu utleniającem w tych okresach, a zrozumiałemi się staną spostrzeżenia klinicystów. Z drugiej strony budzą się wątpliwości, czy obecne dawkowanie atofanu odpowiada celowi i nie jest nieco nieopatrznem.

Obecne dawkowanie nasuwa na myśl porównanie z ćwiczeniem gimnastyka początkującego jak największymi ciężarami. Należałoby zaczynać raczej od małych dawek, zwolna je zwiększając tak, aby nie doprowadzać do zwiększonego wydalania kwasu moczowego. W ostrych napadach dny należałoby raczej środka tego nie stosować, wychodząc z zasady zupełnego spokoju, jaki w tym razie jest najskuteczniejszy, a z ćwiczeniem ustroju powstrzymać się do czasu zwolnienia choroby. Ostrożność lekarza przy stosowaniu tego środka jest niewątpliwie wskazana.

Oceny i sprawozdania.

Krankheit und soziale Lage. Herausgegeben von Prof. Dr M. Mosse und Dr M. Tugendreich (Berlin). München, J. F. Lehmann's Verlag. 1912. Zeszyt 1, str. 232, (Cena 6 marek).

Zadaniem dzieła tego, zakrojonego na większą skalę, a opracowanego przez 20 autorów, znanych z działalności piśmienniczej i praktycznej na polu higieniczno-społecznem, jest, wedle słów wydawców, »określić stopień udziału czynników socyalnych w powstawaniu i przebiegu chorób«. Według tego byłoby to opracowanie kilku działów higieny społecznej, pojętej jako umiejętność, która stoi na pograniczu medycyny i higieny z jednej, a polityki socyalnej i ekonomicznej z drugiej strony. Przedmiot dzieła możnaby określić mianem »etyologii i patologii socyalnej«, gdyby nie to, że programem jego objęty jest także dział, zatytułowany »terapia socyalna«, a mający objąć rozprawy o zwalczaniu socyalnych przyczyn chorób przez państwo, przez gminy i działalność prywatną, o wpływie ustawodawstwa społecznego na zapobieganie, rozpoznawanie i przebieg chorób i o środkach socyalnych dla poprawy rasy (eugenika socyalna). Przez włączenie tych działów przekracza dzieło poza właściwy zakres swego tytułu i staje się próbą zbiorowego podręcznika całej prawie higieny społecznej, jak tę naukę obecnie, niezupełnie zresztą szczęśliwie, nazwano.

Wydany dotychczas zeszyt pierwszy zawiera »Wstęp« pióra Prof. Mossego i Dra Tugendreicha, »Zasady statystyki chorób i przyczyn śmierci« napisane przez Prof. Silbergleita, jakoteż trzy pierwsze rozdziały »Etyologii socyalnej«, traktujące o wpływie na chorobowość i śmiertelność — mieszkania, pożywienia i pracy względnie zawodu (Prof. Wernicke, Prof. Hirschfeld, Dr Koelsch).

We wstępie, oprócz roztrząsań zasadniczych pojęć etyologicznych, omawiają autorowie znaczenie statystyki w socyologii, statystykę niemiecką, dotyczącą ludności niezamożnej i potrzebującej opieki, następnie podają krótki zarys historyczny badań nad wpływem czynników socyalnych na choroby, wreszcie poruszają sprawę »terapii socyalnej«, opieki społecznej i doboru społecznego. Bardzo ciekawa dla każdego lekarza, nietylko dla tych, którzy zajmują się higieną społeczną, jest treściwa rozprawka Prof. Silbergleita o zasadach statystyki chorobowości i śmiertelności, tworząca drugi rozdział »Części ogólnej« dzieła. Ciekawa zaś jest dlatego, że z tą ścisłością i dokładnością, na jaką stać tylko zawodowego statystyka (autor jest dyrektorem urzędu statystycznego m. Berlina) przedstawia autor dodatnie i ujemne strony metody statystycznej i określa ostrożności i zastrzeżenia,

pod jakiemi można się posługiwać statystyką chorobowości i śmiertelności. Na tym jednym zaś już przykładzie można się nauczyć, że nie jest rzeczą łatwą posługiwanie się statystyką, jako metodą umiejętnego badania i ocenić, jak wiele jest dyletantyzmu w takich statystykach, jakich używa się dziś i nadużywa w całej medycynie.

Z trzech dotąd ogłoszonych rozdziałów drugiej części dzieła rozpatruje w pierwszym Prof. Wernicke po uwagach ogólnych i historycznych naprzód ogólną higienę mieszkania, przechodząc kolejno wpływ wilgotności mieszkań, braku światła, przegrzania, złego powietrza w mieszkaniach, — następnie choroby »mieszkaniowe« w ściślejszem znaczeniu, do których zalicza w pierwszym rzędzie gruźlicę, dalej choroby niemowląt w gorącej porze roku, krótko tylko dotykając wpływu niehigienicznych mieszkań na powstawanie i szerzenie się innych chorób. W zakończeniu rozdziału podaje Prof. Wernicke środki zapobiegawcze. — Rozdział drugi, napisany przez Prof. Hirschfelda, traktuje o wpływie odżywiania na chorobowość i śmiertelność; rozdział ten podaje bardzo ciekawe dane o różnicach pożywienia w różnych warstwach społecznych wogóle, a potem w szczególności o pożywieniu najuboższych warstw robotniczych, ludności rolnej, więźniów w zakładach karnych i ludności zamożniejszej. Dalej rozpatruje autor wpływ nadmiernego odżywiania się i wpływ niewłaściwego składu pokarmów. Dla niejednego czytelnika niespodzianką być mogą końcowe wnioski autora, bo choć zawierają one rzeczy niezupełnie nowe, niemniej jednak dotychczas mało spopularyzowane. Zdaniem autora nie daje się mianowicie z dostateczną ścisłością stwierdzić, czy pospolita wśród ludności rolnej przewaga pokarmów roślinnych o znacznej objętości wywiera jakiś wybitniejszy wpływ szkodliwy na zdrowie; wśród ludności robotniczej (przemysłowej) zaś pożywienie tego rodzaju wywołuje wprawdzie wątłość i niedokrwistość, jednakże wbrew oczekiwaniu stan zdrowia tej ludności wcale nie jest zresztą szczególnie zły, a gruźlica nie grasuje wśród niej szczególnie silnie. Pożywienie warstw zamożniejszych usposabia swoim składem do zaparcia stolca i przy niewielkich już przekroczeniach miary do otyłości. Nie można jednak rozstrzygnąć, czy występujące w tych warstwach częściej, niż w uboższych, choroby serca, naczyń, wątroby i przemiany materyi pozostają w jakimś stosunku do nadmiernego i składem swym nieodpowiedniego pożywienia, czy też ważniejszą rolę gra tu nadużywanie wyskoku i tytoniu oraz niedostateczna czynność mięśni.

Trzeci, najlepiej może ze wszystkich opracowany rozdział, pióra Dra Koelscha, krajowego lekarskiego inspektora przemysłowego (Landesgewerbearzt) w Monachium, traktuje o wpływie pracy resp. zawodu na chorobowość i śmiertelność. Co do wpływu wogóle pracy, a raczej nadmiernej pracy, to autor roztrząsa wpływ zmęczenia i wyczerpania, wpływ pracy nocnej, higienę pracy kobiet i dzieci. Następnie przechodzi autor kolejno szkodliwe czynniki, działające w różnych zawodach na ustrój, jakoto: nadmierne światło, hałas, ciepłotę zbyt wysoką i zbyt nizką, wilgoć, nieprawidłowe ciśnienie powietrza, pył, w końcu (czytelnikowi-lekarzowi najlepiej znane) zawodowe zakażenia i zatrucia, oraz nieszczęśliwe wypadki w przemyśle. W końcu rozpatruje autor poszczególne choroby zawodowe według narządów i według zawodów.

Każdy rozdział dzieła zaopatrzony jest dobrze dobranym wykazem piśmiennictwa danego przedmiotu.

Z wydanej dotychczas części można już wytworzyć sobie zdanie o wadach i zaletach całego wogóle dzieła. Do pierwszych należy wspólna a nieunikniona wada wszelkich prac zbiorowych, wykonanych przez kilkunastu autorów: pewna niejednolitość w traktowaniu przedmiotu, tu i owdzie mimo usiłowań naczelnej redakcyi nieuniknione drobne różnice poglądów lub powtarzania rzeczy, raz już powiedzianych. Drugą wadą, którą zapewne spotyka się w każdem dziele, stojącem na pograniczu dwu wielkich grup umiejętności, jest niezawsze szczęśliwe zastosowanie się do potrzeb czytelnika: zbyt popularne traktowanie jednych, zbyt ścisłe drugich zagadnień, pomijając już to, że nieraz lekarzowi wyda się zbyt popularnym rozdział, który może socyologowi dostarczy dużo rzeczy mało lub wcale nieznanych, i na odwrót. Tej drugiej wady w dziełach podobnego rodzaju uniknąć jednakże bardzo trudno, jeśli nie niepodobna. To też czytelnik-lekarz powinien w tym względzie być wyrozumiały, jeżeli gdzieniegdzie (np. w rozdziale, napisanym przez Wernickego, albo w ustępach o poszczególnych chorobach zawodowych) napotka szczegóły, które mu są już dawno wiadome; wynagrodzą go za to hojnie wszystkie te ustępy, w których autorowie prowadzą go na pole zagadnień socyologicznych, podają wskazówki, jak ma sobie radzić na tym, przez lekarzy niestety zbyt mało uprawianym terenie i nasuwają czytelnikowi całe szeregi podniet do samodzielnego myślenia.

Wobec tego, że w naszem piśmiennictwie prócz drobnych rozprawek zaznacza się dotychczas higiena społeczna stosunkowo mało, godzi się polecić książkę, wydawaną przez Mossego i Tugendreicha, uwadze tych lekarzy naszych, władających językiem niemieckim, dla których socyologiczna strona medycyny nie jest obojętna. C.

L. E. Bregman. **Dyagnostyka chorób nerwowych.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Warszawa 1910.

Dzieło Bregmana wypełnia dotkliwą lukę w naszej literaturze lekarskiej, a o potrzebie podręcznika dyagnostyki chorób nerwowych, którego dotąd w języku polskim nie posiadaliśmy wcale, rozwodzić się jest rzeczą zbyteczną. Ten pierwszy nasz podręcznik stanął odrazu na poziomie najlepszych dzieł, jakie w tym zakresie posiadają literatury obce.

Praca Bregmana jest dziełem o blizko 500 stronach druku, zawierającem 143 rysunków, przeważnie z własnych spostrzeżeń, i grupującem wielki materyał neuropatologiczny ze strony objawowej, przy jednoczesnem należytem uwzględnieniu wartości różniczkowej poszczególnych objawów. Prawie w każdym rozdziale przejawia się bogate doświadczenie własne autora. Dyagnostyka Bregmana zawiera wszystkie ważniejsze wyniki prac autorów obcych i polskich (szkoda, że nie podaje przytem szczegółowo źródeł), ma jednakże charakter nie kompilacyjny, ale do tego stopnia oryginalny, że w niejednym rozdziale i specyalista neurolog może skorzystać ze spostrzeżeń i uwag autora.

Przedmiot jest tak wielki i różnorodny, że oczywiście już z natury swojej nie nadaje się do ujęcia w ramy krótkiego sprawozdania. Ogólnikowo tylko zaznaczyć należy, że — jak to często bywa z podręcznikami wogóle — poszczególne rozdziały są niejednakowo przez autora traktowane.

Rozdziały, omawiające zaburzenia cielesne przy chorobach nerwowych, są opracowane bardzo szczegółowo i starannie. Wszędzie, gdzie jest mowa o ośrodkach korowych, nieco rażącem jest jednak grubo materyalistyczne pojmowanie przez autora czynności komórek nerwowych, np. w wyrażeniach: »ośrodki muszą (?) być rozumiane jako stałe skojarzenia czynnościowe komórek dla pewnego celu« (str. 105), »kora pojęciowa« (str. 350), »komórki korowe (pamięciowe) ulegają pobudzeniu samoistnie, wytwarzając wyobrażenia zmysłowe, upostaciowane na zewnątrz« (str. 317). Nawet zupełnie zdecydowani zwolennicy teoryi neuronów pojmują dzisiaj przeważnie ośrodki korowe w sposób bardziej dynamiczny, nie przesądzający z góry czynności komórek i włókien nerwowych. Twierdzenie, że w porażeniu połowiczem »objawu Babińskiego braknie« (str. 108), jest widocznie omyłką druku.

W przeciwstawieniu do szczegółowego opracowania

rozdziałów o zaburzeniach cielesnych w chorobach nerwowych, należy stwierdzić, że rozdział o »zaburzeniach umysłowych« jest przez autora traktowany po macoszemu. Z zaburzeniami psychicznemi załatwia się autor na 30 stronach, na których omawia objawy psychiczne nietylko w nerwicach, ale i w całym szeregu chorób mózgowych, nawet w porażeniu postępującem, alkoholizmie, idyotyzmie itd. Treść tego rozdziału nie dorosła również do wysokiego poziomu innych rozdziałów, gdyż zawiera mylne twierdzenia, jak np. że władze umysłowe »są zwykle naruszone równomiernie« (str. 367), albo że błędne wnioskowanie jest urojeniem (str. 368), albo że »stupor« jest stopniem pośrednim pomiędzy »coma« a »sopor« i »somnolentia« (str. 371) i t. p.

Podręcznik napisany jest jasnym i jędrnym stylem, zawiera jednak tu i ówdzie błędy językowe, np. »wbrew afazyi zmysłowej, chorzy z afazyą ruchową świadomi są swych zaburzeń« (str. 349), zamiast »w przeciwieństwie do chorych na afazyę zmysłową«, »bezczułość« zamiast »znieczulenie«, »porażenie ogranicza się na oddzielnych częściach ciała« (str. 108) zamiast »do oddzielnych części« itp.

Przy tak wielkiem przedsięwzięciu, jakiem jest dzisiaj stworzenie oryginalnego podręcznika dyagnostyki chorób nerwowych, szczególniej przez jednego człowieka, trudno jest uniknąć pewnych braków, a nawet błędów. Jeśli się je wykazuje z obowiązku sprawozdawczego, to nie zmniejsza to bynajmniej wielkiej wartości dzieła o tak istotnych zaletach, jakiemi się »Dyagnostyka« Bregmana odznacza.

J. Mazurkiewicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ferranini. **Praca młynarza: wdychanie pyłu mącznego.** (Riforma medica, 1912 Nr 10). F. przeprowadził badania nad robotnikami, zajętymi w młynie i to w miejscu, gdzie najobficiej unosi się pył mączny (mianowicie tam, gdzie mąkę wsypuje się do worków). Prawie u połowy robotników znalazł przy badaniu spirometrem Phöbusa mniej lub więcej wybitnie zmniejszoną powierzchnię oddechową, a ponieważ były to osoby, u których można było stanowczo wyłączyć wszelkie inne przyczyny, mogące zmniejszyć powierzchnię oddechową, więc autor przypisuje ten stan zatkaniu pęcherzyków płucnych pyłem mącznym. W wydzielinie dróg oddechowych znajdował zapomocą próby jodowej zawsze skrobię, czasem erytrodekstrynę, niekiedy nawet mikroskopowo. Drugiego, równie ważnego składnika mąki, glutyny, szukał F. w wydzielinie z oskrzeli zapomocą próby białkowej (albumino-reazione), która w większości przypadków była dodatnia, bardzo często równocześnie z dodatnią próbą jodową. U osób badanych można było równocześnie wyłączyć gruźlicę płuc, gdzie wspomniana próba jest z reguły dodatnia, jak również i takie stany, jak zapalenie płuc, przekrwienie i obrzęk, zapalenie opłucnej, wady serca i białkomocz, gdzie próba ta zwykle jest dodatnia. Ponieważ zaś zwykłe zapalenie oskrzeli, które tu mogło w grę wchodzić, nie daje tego odczynu, więc dodatni jego wynik należało odnieść tutaj do obecności w drogach oddechowych glutyny. Jak wynika z doświadczeń nad zwierzętami, skrobia, wprowadzona do dróg oddechowych, ulega przemianie na cukier gronowy, który daje się wykazać w moczu, przyczem ma być czynna sama tkanka płucna. F. przeprowadził analogiczne doświadczenia nad losem glutyny w drogach oddechowych, pozostawiając przez 24 godzin przy 37° C. zawiesinę mąki z dodatkiem kawałeczków płuca psa świeżo zabitego i toluolu. W przesączu otrzymywał F. zawsze wyraźny odczyn biuretowy, dowód, że glutyna ulegała peptonizacyi pod wpływem tkanki płucnej. Odnosząc te wyniki do człowieka, dochodzi F. do wniosku, że pył mączny może być zupełnie strawiony w drogach oddechowych, przynajmniej, o ile one są nienaruszone. Jednakże ze względu na to, że zdolność trawienna narządu oddechowego jest ograniczona, zachodzą okoliczności, w których część wdychanego pyłu mącznego nie ulega przemianie fermentacyjnej i wessaniu i pozostaje niezmieniona w drogach oddechowych, jako ciało obce. Dzieje się to naprzód, gdy ulegają wdychaniu wielkie ilości mąki przez dłuższy czas, dalej wtedy, gdy w płucach toczą się zmiany chorobowe, zwłaszcza rozpadowe. Również pewne substancye mogą wywierać pewien wpływ w tym względzie i tak niewielkie ilości alkoholu zwiększają zdolność trawienną tkanki płucnej, większe upośledzają ją, względnie całkiem znoszą. W niektórych więc przypadkach wdychanie pyłu mącznego pozostaje bez wpływu na ustrój, gdyż pył ten ulega strawieniu i wessaniu w drogach oddechowych; w wielu jednak przypadkach, czy to z powodu zbytniej ilości pyłu, czy też zmian w płucach, część jego pozostaje niezmieniona w pęcherzykach i oskrzelkach, zmniejszając powierzchnię oddechową. Ważnem jest również dla rozpoznania gruźlicy płuc na podstawie odczynu białkowego w plwocinie, że odczyn ten następuje także przy obecności glutyny w drogach oddechowych, chociaż niema żadnych zmian chorobowych w tym narządzie.

Dr T. T.

Scalfati. **Wpływ zmęczenia na krew i choroby zakaźne.** (Riforma medica, 1912 Nr 6). S. przeprowadził doświadczenia na zwierzętach (królikach), którym wstrzykiwał śródżylnie równą objętość zawiesiny hodowli prątka durowego i następnie część zwierząt poddawał przez parę dni po pół godziny zmęczeniu (zapomocą ruchu obrotowego), resztę pozostawiał w spokoju. Doszedł do następujących wyników: Krew zwierząt pierwszej grupy okazywała wybitną leukocytozę, krew zwierząt spoczywających nie ulegała zmianie. Krzepliwość krwi zwierząt poddanych zmęczeniu była znacznie mniejsza, niż zwierząt spoczywających. Po zaszczepieniu krwi, wziętej z tętnicy szyjnej, na bulionie, otrzymywał S. hodowle durowe tylko z krwi zwierząt będących w ruchu. Zdolność aglutynacyjna względem prątka durowego i wskaźnik opsoniczny były u zwierząt nie poddawanych zmęczeniu znacznie wybitniejsze, niż u drugiej grupy. Wynika z tego, że zmęczenie fizyczne zmniejsza znacznie odporność ustroju wobec zakażeń przez powyżej wspomniane zmiany, wywołane we krwi. Dr T. T.

Rizzardo. **Przyczynek kliniczny do wczesnego rozpoznania niepowikłanego wrzodu dwunastnicy.** (Riforma medica, 1912 Nr 8, 9, 10). R. rozróżnia cztery grupy objawów klinicznych wrzodu dwunastnicy. Pierwsza obejmuje objawy zasadnicze, jak ból samoistny i dotykowy, krwotoki jelitowe i okresy wybitnej poprawy. Do drugiej grupy zalicza R. objawy drugorzędne, mianowicie skurcz ochronny prawego prostego mięśnia brzucha, objaw Mendla (przy delikatnem opukiwaniu młoteczkiem perkusyjnym, w kierunku promienistym, można wykazać nieco powyżej i na prawo od pępka powierzchnię bolesną, wielkości monety dwulirowej, o obwodzie przedstawiającym prawie regularne koło) i objaw Günzburga (wykazanie odgłosu bębenkowego na przestrzeni między odźwiernikiem, a woreczkiem żółciowym, mającego swe źródło w rozszerzeniu dwunastnicy w miejscu, gdzie przebiega ona pod płatem kwadratowym wątroby). Trzecią grupę stanowią objawy towarzyszące, jak zwiększona kwaśność i ilość soku żołądkowego. Dopiero w późnych okresach choroby występują wymioty, zastoina treści żołądkowej, napadowe bóle z powodu nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i wreszcie zwężenie dwunastnicy. Brak jakichkolwiek zaburzeń wydzielniczo-ruchowych żołądka jest bardzo rzadki i spotyka się go conajwyżej w początku choroby; zupełny brak tych zaburzeń

utrudnia znacznie rozpoznanie cierpienia, jak z drugiej strony wybitne ich występowanie utrudnia rozpoznanie siedziby wrzodu. Dr T. T.

Prof. de Sandro. **Nowa próba chemiczna w moczu osób zażywających siarkogwajakolan potasu: jej znaczenie dla rozpoznania niedomogi wątroby.** (Riforma medica, 1912 Nr 5). Rozczyn wodny tiokolu (siarkogwajakolan potasu) przybiera za dodaniem sześciochlorku żelaza wybitne fioletowo-ametystowe zabarwienie; natomiast mocz osób, które nawet przez dłuższy czas pobierały duże dawki tiokolu nie okazuje, ani tego odczynu, ani odczynu gwajakolu (próba z fenolem i wodą bromową), co dowodzi, że tiokol nie uwalnia w ustroju gwajakolu. Ponieważ ani sok żołądkowy, ani sok trzustkowy nawet »in vitro« nie rozkładają tiokolu, gdzież więc następuje rozkład tego przetworu w ustroju? Na podstawie licznych badań, przeprowadzonych nad moczami tak osób chorych, jak i zdrowych, dochodzi S. do wniosku, że tiokol wydziela się w moczu w postaci jakiejś substancyi, która po dodaniu sześciochlorku żelaza daje zabarwienie zielone, znikające po dodaniu paru kropel jakiegobądź kwasu mineralnego lub organicznego. Odczyn ten otrzymywał S. także w moczach gotowanych, zawierających białko, alkalicznych, lub okazujących już fermentacyę gnilną, w przesączu moczów, strąconych octanem ołowiu i w rozczynie alkoholowym suchej pozostałości. Występuje on w moczu już w parę godzin po dodaniu tiokolu, szczyt jego jednak przypada na 3—4 dzień, jeżeli lek ciągle się podaje, a ustaje w 48—72 godzin po podaniu ostatniej dawki. Równoczesne zażywanie przetworów jodowych wstrzymuje odczyn. Prawdopodobnie przemiana tiokolu na substancyę, która daje powyższy odczyn, odbywa się w wątrobie; przemawia za tem fakt, że odczyn występuje znacznie słabiej u osób z niedomogą wątroby, a nawet znika zupełnie przy daleko posuniętym zaniku miąższu wątrobowego, np. przy marskości zastoinowej. Autor na podstawie licznych badań twierdzi, że przyczyną zniknięcia odczynu w tych przypadkach nie jest nadmiar urobiliny i uroerytryny, któreby mogły zaciemniać odczyn, lecz rzeczywista niedomoga komórek wątrobnych. Ponieważ mocz w tych razach za dodaniem sześciochlorku żelaza nie okazywał nawet barwy niebieskiej, więc tiokol nie wydzielał się moczem nawet jako taki; jaką drogą ustrój opuszczał, nie umie autor odpowiedzieć. Próbę swoją uważa S. za ważny środek do oznaczania sprawności komórek wątrobnych. Dr T. T.

Neurologia i psychiatrya.

S. Władyczko. **Doświadczalna anafilaksya surowicza i przypuszczalne jej znaczenie dla neuropatologii i psychiatryi.** (Obozrj. psich i newrołog Nr 10, 1911). Autor najprzód podaje zwięzłą historyę rozwoju nauki o anafilaksyi i przechodzi następnie do teoryi, mających wytłómaczyć to zjawisko.

Teorya Richeta, zbliżona w głównych zarysach do teoryi niweczników (anticorps), powstała na podstawie jego badań nad mytilkongestyną. Pod wpływem pierwszego wstrzyknięcia kongestyny wytwarza ustrój nową substancyę, toksygeninę, nie trującą wprawdzie, lecz mogącą nabierać trujących własności pod wpływem działania na nią kongestyny, o ile kongestynę na nowo wprowadzimy do ustroju, chociażby nawet w dawkach tak małych, w jakich sama kongestyna byłaby nieszkodliwa. Produktem połączenia się krążącej we krwi foksogeniny z kongestyną będzie nowa substancya, apotoksyna, wywołująca właśnie objawy anafilaksyi. Tak więc zatrucie anafilaktyczne następuje mniej więcej w ten sposób, jak zatrucie kwasem pruskim przy działaniu emulsyny na amygdalinę.

Inną teoryę podał Besriedka. Wychodząc z analogii, wyciągniętych z badań nad czerwonemi ciałkami krwi i antyhemolizynami, przypuszcza on mianowicie, że normalna surowica krwi zawiera dwie istoty: jedną o charakterze antygenu (sensibilisinogen), drugą o charakterze antylizyny (antisensibilisin). Sensybilizynogen jest oporny na wpływy ciepłoty (thermostabil), mając przy tem własność wytwarzania w ustroju morskiej świnki w 12 dni po wstrzyknięciu sensybilizyny, to jest substancyi, wywołującej stan anafilaksyi. Antysensybilizyna natomiast nie jest odporna na działanie ciepłoty (jest »thermolabil«) i ma tę własność, że wstępuje natychmiast w połączenie z sensybilizyną bez względu na to, czy sensybilizyna krąży we krwi, czy też jest związana z układem nerwowym. Nagłe połączenie sensybilizyny z antysensybilizyną wywołuje wstrząs nerwowy. Wstrząs może być osłabiony albo dzięki temu, że antysensybilizyna wiąże się powoli z sensybilizyną (szczepienie dużych dawek surowicy w okresie poprzedzającym anafilaksyę), albo też drogą wprowadzania antysensybilizyny w małych dawkach (szczepienie małemi dawkami surowicy w okresie anafilaktycznym). Nareszcie możemy osłabić wstrząs anafilaktyczny, wywołując chwilową nieczułość komórek nerwowych na działanie owych dwu substancyi (środki znieczulające). Surowica świnki morskiej, której wstrzyknięto końską surowicę, nie nadaje się do zobojętnienia ani antysensybilizyny, ani też sensybilizynogenu. W takiej surowicy jednakże znajduje się sensybilizyna, podobnie jak we krwi świnek uczulonych. Antyanafilaksya pojawia się wskutek desensybilizacyi i powrotu morskiej świnki do pierwotnego stanu. Nie pozostaje ona na zawsze po wstrzyknięciu wielkich dawek surowicy dlatego, że nadmiar sensybilizynogenu, pozostający po wydzieleniu antysensybilizyny, może na nowo sensybilizować (uczulić) morską świnkę. Jednem słowem anafilaksya jest utratą odporności (desimmunizacyą), a antyanafilaksya jest powrotem do pierwotnej odporności. Według Krausa i Biedla anafilaksya zależy od nagromadzenia w ustroju specyalnej substancyi, wywołującej w pewnych okolicznościach porażenie gładkich mięśni ścian naczyniowych, następstwem jej zatem będzie, podobnie jak pod wpływem działania wazodilatyny z peptonu Wittego występujące rozszerzenie obwodowych naczyń i obniżenie ciśnienia krwi. Jednakże twierdzeniu Krausa i Biedla przeczą wyniki badań Richeta i Warbickiego.

Nakoniec Auer i Levi twierdzą, że w anafilaktycznym napadzie najważniejszą rolę odgrywają zaburzenia oddechu, wywołane skurczem mięśni gładkich w najdrobniejszych oskrzelach.

Ze wszystkich wyżej wspomnianych teoryi, teorya Besriedki najlepiej tłómaczy największą ilość faktów, związanych z występowaniem anafilaksyi.

Anafilaksyę starano się już niejednokrotnie zużytkować w celach rozpoznawczych. Tak n. p. jeźli osobnikowi, podlegającemu gorączce siennej, wpuścimy do worka spojówkowego 2 krople 1% zawiesiny pyłku kwiatowego w fizyologicznym rozczynie soli kochennej, nawet w takiej porze roku, w której gorączka sienna nie występuje, a więc zimą, to już po kilkunastu sekundach zacznie występować odczyn miejscowy. Podobnie odczyny Pirqneta i Calmettea oraz analogiczne metody, stosowane dla rozpoznania nosacizny, wiewióra i trądu, opierają się na objawach anafilaksyi.

Autor przeprowadził w paryskim Instytucie Pasteura badania w celu wykazania różnicy co do objawów anafilaksyi surowiczej i co do minimalnej śmiertelnej dawki w zależności od tego, czy powtórnie do ustroju wprowadzona surowica dawała dodatni albo też ujemny odczyn Wassermanna. Badania wykonał autor na 110 morskich świnkach.

Najprzód wstrzykiwano im podskórnie $^{1}/_{100}$ cm^3 ludzkiej surowicy o ujemnym odczynie Wassermanna w 1 cm^3 fizyologicznego rozczynu NaCl. Następne wstrzyknięcie wykonywano do żyły szyjnej nie wcześniej, niż w 2 tygodnie po pierwszem. Dla surowicy o ujemnym odczynie Wassermanna otrzymywano jako minimalną śmiertelną dawkę $^{1}/_{15}$—$^{1}/_{10}$ cm^3, dla surowicy o dodatnim odczynie

Wassermanna $^1/_{20}$—$^1/_{30}$ cm^3, a więc ta druga była znacznie jadowitsza. Dalsze poszukiwania w tym kierunku prowadzi na większym materyale prof. Besriedka w tymże instytucie.

Autor przypuszcza, że odpowiednie zużytkowanie objawów anafilaksyi może dopomódz do lepszego zrozumienia istoty niektórych, pod tak wielu względami jeszcze ciemnych chorób nerwowych i umysłowych. W tym celu należałoby wywoływać objawy anafilaktyczne u morskich świnek, używając do powtórnych wstrzykiwań surowicy ludzi umysłowo chorych. Szczegółowa obserwacya oddziaływania ustroju na powtórne wstrzyknięcie pozwoliłaby na określenie różnicy, występującej w objawach anafilaktycznych stosownie do tego, jaką formą choroby umysłowej dotknięty był dany osobnik, oraz na przekonanie się, czy i o ile toksyczniej działa surowica chorych umysłowo od surowicy osób zdrowych. Wyniki, osiągnięte w ten sposób, rzucićby mogły wiele światła na sprawę toksycznego pochodzenia różnych psychoz, a więc w pierwszym rzędzie psychozy maniakalnodepresyjnej i otępienia przedwczesnego. Również padaczkę, akromegalię, chorobę Basedowa, obrzęk śluzowaty, tężec, tężyczkę, alkoholizm, morfinizm, kokainizm, należałoby poddać badaniu z tego punktu widzenia. Badania te mogłyby nietylko oświetlić niektóre ciemne strony, dotyczące istoty wyżej wspomnianych stanów chorobowych, lecz też ułatwić ich rozpoznawanie i rokowanie oraz leczenie, którego wyniki moglibyśmy skuteczniej, niż dziś, kontrolować przy pomocy metod, osiągniętych wskazanemi przez autora drogami. S. Trzebiński.

B. Pfeifer. **W sprawie rozpoznania histologicznego porażenia postępującego z pomocą nakłucia mózgu.** (Münchener med. Wochenschr. 1912, Nr 10). Autor już przed Willigerem i Landsbergerem wykonywał nakłucie mózgu w celu rozpoznania niektórych chorób umysłowych, jak porażenie postępujące i przymiot mózgu. W roku 1906 i 1910 miał autor sposobność obserwować 2 przypadki, z których w jednym rozpoznanie wahało się pomiędzy porażeniem postępującem a jakąś sprawą ogniskową mózgu (ew. kiłą), a w drugim przypadku wchodziły w rachubę porażenie postępujące, kiła mózgu i wągr mózgu. Badanie cząstek kory, wydobytej przy nakłuciu mózgu, w obydwóch przypadkach przechyliło rozpoznanie w kierunku porażenia postępującego, a rozpoznania te potwierdziła następnie sekcya. Autor wyraża zdanie, że nakłucie mózgu w celach rozpoznawczych może często oddać wielkie usługi w przypadkach wątpliwych w kierunku rozpoznania porażenia postępującego, a szczególnie może być doniosłe, o ile wchodzi w grę ewentualny zabieg operacyjny w przypadkach organicznych ogniskowych schorzeń mózgu, naśladujących porażenie postępujące. W. Grzywo-Dąbrowski.

Meyer. **W sprawie trujących własności krwi w padaczce samoistnej.** (Monatsschr. für Psych. u. Neur. 1912. T. XXXI, Zesz. 1). Już Kraiński stwierdził, że po wstrzyknięciu zwierzętom do otrzewnej kilku centymetrów sześciennych odwłóknionej krwi chorych w okresie stanu padaczkowego (status epilepticus) występują u zwierząt tych drgawki padaczkowate, a następowo porażenie kończyn dolnych. Przy wstrzykiwaniu surowicy krwi, wziętej w okresie, wolnym od napadów padaczkowych, zwierzęta drgawek nie dostawały. Hebald i Kratz potwierdzili wyniki badań Kraińskiego, dodając, że mocz chorych z okresu stanu padaczkowego wywiera na zwierzęta podobne działanie toksyczne. Autor wstrzykiwał świnkom morskim do jamy otrzewnej surowicę chorych na padaczkę prawdziwą w okresie napadów w ilości od 10—20 cm^3, przytem w ogromnej większości przypadków powstawały u świnek morskich napady, bardzo przypominające napady padaczkowe. Przy wstrzykiwaniu surowicy chorych innych, nie padaczkowych, przeważnie napadów żadnych u zwierząt nie było. O ile surowicę brano z chorych w okresach wolnych od napadów, często po wstrzyknięciu jej świnkom morskim napadów u tych zwierząt nie było. Własność wywoływania napadów ma, zdaje się, tylko surowica, ponieważ przy oddzieleniu surowicy od ciałek krwi i wstrzykiwaniu tylko samych ciałek krwi świnkom morskim napadów zwykle nie otrzymywano. Po wstrzyknięciu surowicy zwykle ciepłota u zwierząt opadała poniżej poziomu prawidłowego, przy wstrzyknięciu zaś zawiesiny ciałek krwi często podnosiła się do 39°. W. Grzywo-Dąbrowski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Posiedzenie dnia 27. II. 1912.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Wanda Radwańska przedstawia macicę, wyjętą z powodu **raka części pochwowej** (oper. sposobem Wertheima). Po obu stronach macicy duże płaty tkanki przymacicznej, ściana przednia i tylna pochwy na rozległej przestrzeni wycięte razem z macicą. Przypadek ten przedstawiony na dowód, jak trudno rozstrzygnąć, czy rak części pochwowej nadaje się jeszcze do operacyi doszczętnej, czy nie. U tej chorej przed operacyą był rak części pochwowej właściwie uznany za nienadający się do operacyi. Oba przymacicza naciekłe, macica nieruchoma, nie dała się ściągnąć na dół. Badanie przez odbytnicę wykazywało daleko idący w przymacicza naciek po stronie lewej. Cystoskopia przed operacyą wykazała, że cewnik do prawego moczowodu wchodził z łatwością, do lewego zaledwie na wysokość 8—10 cm. Mimo to w myśl zapatrywań Kröniga o rozszerzeniu wskazań przy operacyi Wertheima chorą operacyi poddano. Wypreparowanie moczowodu po stronie lewej napotykalo rzeczywiście na znaczne trudności, naciek nowotworowy obrastał moczowód ściśle dookoła, chociaż zabieg ułatwiało to, że cewniki pozostały w moczowodach. Mimo to udało się usunąć macicę wraz z zajętą tkanką przymaciczną jeszcze w granicach tkanki zdrowej daleko poza nowotworem. Moczowód lewy został obnażony na przestrzeni 6—7 cm. Chora zniosła operacyę bardzo dobrze; w kilka jednak dni po operacyi okazała się przetoka moczowodu lewego.

2) Rosner: Przedstawienie noworodka **z wgnieceniem kości ciemieniowej**. Po założeniu kleszczy osiowych ze wskazania dla matki przy znacznym stopniu zwężenia miednicy urodzono płód, u którego na kości czołowej powstało załamanie mniej więcej 2—2$^1/_2$ cm. głębokie. Płód mimo tego ugniecenia urodził się żywy i ma się zupełnie dobrze. Wgniecenie obecnie jest już bardzo małe w porównaniu z tem, jakie było zaraz po porodzie. Prelegent omawia sposoby leczenia takiego wgniecenia. Istnieją rozmaite metody, jak nacięcie skóry w okolicy szwu, podłożenie podważki i wyprostowanie ugniecionej kości, nacięcie skóry w miejscu ugniecenia i wkręcenie w kość osobnego do tego zabiegu narzędzia w rodzaju korkociągu (sposób francuski), ucisk silny na czaszkę w przeciwnym kierunku, jak nastąpiło ugniecenie. Według prelegenta zabiegi są tylko wtedy uzasadnione, o ile takie zagłębienie wywołuje powikłania groźne dla życia płodu, gdyż chociaż te wyżej wspomniane zabiegi kończą się zwykle dobrze, jednak od czasu do czasu zdarzają się przykre powikłania pooperacyjne.

Posiedzenie d. 26. III. 1912.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Rosner: **Przedstawienie macicy usuniętej z powodu raka szyi, przy równoczesnej gruźlicy trzonu macicy i obydwu jajowodów.** Przypadek ten prelegent ogłosi drukiem.

Gliński przedstawia i omawia preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

2) Rosner: Przedstawienie chorej i cystoskopia w przypadku **wrodzonego zarośnięcia pochwy.** Chora, licząca l. 23, u której przed kilkoma laty dokonano operacyi z powodu wrodzonego zarośnięcia wejścia do pochwy (atresia hymenalis), ma wrodzone zarośnięcie pochwy na wysokości części pochwowej i jeszcze nigdy nie miesiączkowała drogą prawidłową. Od 16. roku życia regularnie co miesiąc krwawi przez pęcherz; prelegent tłómaczy to w ten sposób, że z powodu zarośnięcia pochwy wytworzył się krwiak szyi macicznej, który następnie przebił do pęcherza i od tego czasu wytworzyła się stała komunikacya między pęcherzem a pochwą zamkniętą. Macica wielkości prawidłowej i przez przegrodę można wyczuć wyraźnie dobrze wykształconą część pochwową. Prelegent chorą dwukrotnie cystoskopował, raz przed miesiączkowaniem, a drugi raz w czasie miesiączkowania i mógł dokładnie stwierdzić, że w okolicy między moczowodami znajduje się szczelina, którą w czasie miesiączkowania wydobywa się krew do pęcherza. Chorą tę będzie prelegent operować.

2) Cercha: **O znaczeniu chemii fizycznej i biologii dla balneologii i balneoterapia w ginekologii** (obacz »Przegląd lek.« Nr 18 str. 300, sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. krak. w d. 17. IV. 1912).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26 września 1911 r.

1) Guranowski przedstawił 19-letniego chłopca **z obustronnym niedokształtem małżowin usznych i całkowitem zarośnięciem** otworów zewnętrznych przewodów słuchowych. Badanie rentgenograficzne wykazało, że przewody słuchowe kostne i jama bębenkowa nie istnieją, wzgl. nie są rozwinięte. Przypadek należy do rzadkich z tego względu, że wada rozwojowa jest obustronną, zwykle bowiem spotykamy takie wady tylko po jednej stronie. Ponieważ słuch chorego jest względnie niezły i można się z nim porozumieć zapomocą mowy głośnej, przeto wytworzenie otworu zewnętrznego i przewodu słuchowego na drodze operacyjnej nie jest wskazane.

2) Rejchman M.: **O leczeniu wrzodu trawiennego.** Zaznaczywszy częstość i uporczywość tej choroby, prelegent podkreśla jej wyleczalność, gdyż statystyka rozmaitych autorów oraz prelegenta wykazuje, że przynajmniej 50% chorych przy leczeniu wewnętrznem ulega zupełnemu wyleczeniu. Zasadą leczenia wrzodu żołądka jest danie żołądkowi całkowitego wypoczynku; pokarmy wprowadzone nie powinny wywoływać podrażnień chemicznych i termicznych, nie powinny rozciągać ścian żołądka, powinny zaś zawierać wszystkie części składowe niezbędne dla odżywiania. To też podstawę leczenia okrągłego wrzodu żołądka stanowi dyeta mleczna. Po ustąpieniu bólów należy ostrożnie przejść do podawania kaszki, biszkoptów, a dopiero w końcu 4. tygodnia do mięsa. Podczas krwotoku oraz w ciężkich przypadkach musimy się uciekać do leczenia głodem, które zazwyczaj daje wynik nadzwyczajny. Prelegent ogranicza się zazwyczaj do jednodniowej, najwyżej 3-dniowej kuracyi głodowej ($1-1^1/_2$ litra fizyologicznego rozczynu soli do odbytnicy), a przedłuża ją jedynie w przypadkach wyjątkowych. Prelegent omawia metodę Lenhartza, dochodząc do wniosku, że jest ona wskazana dla najniższej warstwy ludności. która jest przyzwyczajona do grubszych pokarmów i musi przytem jak najwcześniej wracać do pracy; następnie stosuje ją w silnych krwotokach. Leczenie farmaceutyczne ogranicza się do podawania zasadowego azotanu bizmutu, ortoformu, dwuwęglanu sodowego. Na uwagę zasługuje przepłukiwanie żołądka rozczynem 1:1000 azotanu srebra. Przy tych metodach leczenia widzimy wyleczenie przynajmniej w 50%, jeżeli więc po kilkakrotnem leczeniu wewnętrznem nie otrzymujemy wyzdrowienia, należy takich chorych namawiać do operacyi. Wobec często powtarzających się nieznacznych krwotoków lub jeśli krew ciągle się sączy, należy jak najwcześniej wykonywać zabieg operacyjny, przy gwałtownych jednak krwotokach należy się wstrzymać od operacyi, która daje wtedy wynik fatalny.

W dyskusyi L. Wroński uzasadnia, że z zabiegów chirurgicznych, jak wycięcie, resekcya, wyłączenie odźwiernika i gastroenterostomia, ta ostatnia, jak wykazują dane statystyczne, daje wyniki najlepsze. Mówca omawia szczegółowo technikę operacyjną gastroenterostomii i dochodzi do wniosku, że w trawiennym wrzodzie żołądka należy robić gastroenterostomię tylną pozakątniczą, która najmniej daje warunków do tworzenia się wrzodów następczych w jelicie czczem.

A. Landau zaznacza, że w leczeniu tak przewlekłego cierpienia niepodobna ograniczać leczenia do 4—6 tygodni. Po usunięciu głównych objawów: krwawień, bolów, wymiotów, zwykle trwa bez zmiany nadkwaśność i hypersekrecya. Wielkie usługi oddaje w tych razach dyeta bezmięsna i podawanie przez czas dłuższy dwuwęglanu sodu. L. zwraca uwagę na dyetę, wprowadzoną przez Senatora, który do ścisłej dyety mlecznej dodaje żelatynę w postaci galaret lub w płynie, oraz kulki mrożonego masła. Tą drogą można zaspokoić w większym stopniu głód kaloryczny chorych; wprowadzane substancye pozbawione są własności drażniących, a żelatyna posiada nadto własności hemostatyczne. Ze środków farmakologicznych za nader pomocnicze w leczeniu wrzodu okrągłego uważa L. podskórne wstrzykiwania atropiny, która obniża kwasność żołądkową. W końcu mowca zwraca uwagę na zdarzające się wrzody żołądka na tle przymiotu.

Skłodowski nie zgadza się z tem, aby ostrożne przepłukanie żołądka w krwotoku było bezwzględnie wzbronione. Co do przemywań żołądka lapisem, to mówca nieraz bywał zadowolony z tej metody, nie udawało mu się jednak obniżyć kwaśności żołądkowej.

Sławiński podkreśla znaczenie czynnika ekonomicznego w leczeniu wrzodu żołądka. Chorzy ubodzy nie mogą w naszych warunkach szpitalnych zachowywać stosownej dyety i powinni być kierowani odrazu do zabiegu operacyjnego. który wykazuje zaledwie 1.7% śmiertelności. Następnie dzięki operacyi można czasem wykryć inne cierpienia, naśladujące wrzód żołądka (n. p. schorzenie wyrostka robaczkowego).

Rejchman w odpowiedzi zaznacza, że oprócz następczych wrzodów jelita czczego stanowiących ujemną stronę operacyi, zaznaczyć jeszcze należy częste zrosty, które wywołują bardzo silne bole. Co się tyczy atropiny, to nie zmniejsza ona kwaśności żołądkowej, jak się prelegent we wspólnej z Mintzem pracy przekonał, Co do przepłukiwania lapisem, to póki się przepłukuje, póty jest poprawa, a po przestaniu okazuje się, że kwasność jest ta sama.

Posiedzenie kliniczne 3 października 1911 r.

1) Wł. Starkiewicz: **Z kliniki tętniaka aorty: obraz kliniczny i różniczkowy zamknięcia światła żyły głównej górnej i pęknięcia do niej tętniaka.** Dla ilustracyi odnośnego obrazu klinicznego przedstawił prelegent chorą, lat 55, z rozpoznaniem tętniaka łuku aorty, uciskającego żyłę główną górną. Jako zasadnicze cechy kliniczne zamknięcia światła żyły głównej górnej podaje: stopniowo postępujący zastój żylny w obrębie głowy, szyi i górnej połowy tułowia, z sinicą i obrzękiem skóry, a wreszcie i z puchliną jam klatki piersiowej. W miarę ustalania się krążenia obocznego powstaje rozwój żył powierzchownych na klatce piersiowej i brzuchu i równoległe cofanie się objawów zastoju w górnej połowie ciała; po utrwaleniu się krążenia wewnętrznego przez żyły nieparzyste znikają nawet rozszerzenia żył powierzchownych. Trwanie choroby

zależy od sprawności mięśnia sercowego i sprawności naczyń obwodowych. Następnie przytoczył prelegent spostrzeżenie pęknięcia tętniaka aorty do żyły głównej górnej u 39-letniego chorego; opis przypadku poparł przedstawieniem fotografii chorego, rysunku preparatu serca i naczyń oraz samego preparatu anatomicznego. Główne punkty obrazu klinicznego pęknięcia tętniaka do żyły głównej zbliżone są do obrazu jej zamknięcia; i tu widzimy przedewszystkiem potężny zastój w obrębie żyły głównej górnej z obrzękiem i sinicą górnej połowy ciała, zależny nie od przeszkody biernej, lecz czynnej, w postaci silniejszego prądu krwi aorty, biegnącego przez otwór przedziurawienia na spotkanie krwi żylnej. S. podnosi jako ważny objaw różniczkowy szybszy przebieg cierpienia, odpowiedni do gwałtowności objawów początkowych, wyższą skalę zaburzeń zastoinowych i brak właściwych usiłowań wyrównawczych, na które ustrój nie ma tu czasu się zdobyć.

W dyskusyi zaznacza Pawiński, że pęknięcie do żyły głównej daje najczęściej tętniak aorty wstępującej. Co się tyczy zarośnięcia żyły głównej, to występuje ono również w nowotworach śródpiersia, gdy nastąpi przedziurawienie.

2) Dyskusya nad odczytami Kijewskiego i Sokołowskiego (z d. 19. IX. 1911).

Loewenstein przytacza 4 własne przypadki operacyjne płuc (ropień płuca, zgorzel); zaznacza, że ten, kto raz widział na stole operacyjnym chorego z ropniem lub zgorzelą płuca, nie może zrozumieć, jak taki stan patologiczny może się zagoić bez operacyi; trudności w rozpoznawaniu i technice operacyjnej zwalczamy coraz bardziej, a przez to i wyniki zabiegu są coraz lepsze.

Gabszewicz jest tego zdania, że jak dotychczas, tak i nadal zabiegi chirurgiczne znajdować będą szersze zastosowanie jedynie w zgorzeli płuc, a szczególniej w ropniach. G. operował jeden przypadek zgorzeli, powikłanej ropieniem opłucnej, z zejściem pomyślnem i 6 razy ropień płuca; w tem cierpieniu, o ile rozpoznanie nie napotyka na wielkie trudności, o tyle ustalenie dokładne miejsca ropnia niekiedy jest bardzo trudne; z tych 6 przypadków w dwóch odszukanie ropnia nie przedstawiało żadnych trudności, zejście było pomyślne w 5 przypadkach.

Sławiński zaznacza, że Kijewski niedostatecznie uwydatnił wartość i znaczenie t. zw. wdmuchiwania dotchawicznego w chirurgii płuc. Nie można się zgodzić, żeby brak komory Brauera lub Sauerbrucha miał stanowić o wykonalności danego zabiegu, a to z tego względu, że wdmuchiwanie (przez cewnik) zastępuje owe komory.

T. Borzęcki.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.
Posiedzenie z dnia 22. II. 1912.

Przewodniczy Dr M. Kozłowski. Obecnych 22 członków.

1) Kol. Turski pokazuje **kamień migdałka** podniebiennego, wyjęty u 26-letniej chorej, która uskarżała się na nieprzyjemne uczucie podczas połykania. Kamień waży 5·5 grama, składa się przeważnie z dwuwęglanu wapniowego. Obok większego kamienia znaleziono drugi, mniejszy. Przy oględzinach gardła błona śluzowa pokrywała całkowicie kamień i można go było rozpoznać tylko przy badaniu zgłębnikiem dzięki jego twardości. Przy operacyi w celu wydostania kamienia trzeba było przeciąć błonę śluzową i wydobyć zapomocą szczypczyków.

Dyskusya: Kol. Cichocki pyta, czy tworzenie się kamieni stoi w jakimkolwiek związku z wadami w wymianie materyi. — Kol. Turski wyjaśnia, iż o ile mu wiadomo, tylko Delabelle przeprowadzał badania nad wymianą materyi w przypadkach kamieni migdałka podniebiennego, ale wyniki otrzymane przezeń nie pozwalają dopatrzeć się takiego związku. — Kol. Nowiński pyta, czy zjawiska podmiotowe odpowiadają wielkości kamienia, na co kol. Turski odpowiada, iż kamienie migdałka podniebiennego mogą nie wywoływać żadnych zjawisk podmiotowych, tak jak to było i w przypadku mowcy; jednakże stale drażniąc tkanki otaczające, mogą kamienie być źródłem częstych zapaleń gardła. — Na zapytanie Kol. Stanisławskiego o sposób powstawania i rozpoznawania kamieni migdałka podniebiennego, kol. Turski wyjaśnia, iż przyczyną powstawania kamieni bywa najczęściej przebyta sprawa ropna w migdałku; co do rozpoznawania, to najlepsze usługi oddaje badanie palcem.

Kol. Łążyński wyraża myśl, iż w powstawaniu kamieni migdałka podniebiennego nie gra roli przypadek i że chodzi tu prawdopodobnie o swoistą florę nacieków zapalnych migdałka.

Kol. Gilewicz, powołując się na pracę Hoffmeistra z »Ergebnisse der Physiologie« T. X. o sposobach odkładania się wapna w tkankach, wyraża zdanie, iż złogi wapienne powstawać mogą zawsze w ogniskach zapalnych w tych przypadkach, kiedy tkanki ulegają daleko idącym sprawom degeneracyjnym, a mianowicie zwyrodnieniu tłuszczowemu, gdyż tworzące się wtedy kwasy tłuszczowe łączyć się mogą nie z alkaliami, lecz z wapnem (Ca) osocza. — Kol. Nowiński i Sokołowski zgadzają się z Gilewiczem, podnosząc, iż tą samą drogą powstają złogi wapienne w gruczołach gruźliczych i w oku.

Kol. B. Kozłowski i Fudakowski nie zgadzają się z prelegentem w tym względzie, iżby obecność 2 obok siebie leżących kamieni tłomaczyć należało powstaniem w jednem ognisku zapalnem, w którem dzięki ruchom stałym krtani nie mogły się one zlać w jedno. Przypuszczają, iż powstały one w 2 różnych obok siebie leżących ogniskach.

2) Kol. Łążyński pokazuje **kamień przewodu Stenona**, który to kamień sam się przebił do jamy ustnej; przytem zaznacza, iż kamienie bywają czasem, jak w przypadku Alberta, do 4 cm. długości. Skład kamienia: dwuwęglan wapnia i niewielka ilość Mg.

3) Kol. Łążyński pokazuje **kamień żółciowy**, ważący 8·1 łuta, długości 48 mm. szerokości 27 mm. i objętości 10 sz. cm., który znaleziono u chorej, operowanej z powodu objawów niedrożności jelit, w jelicie cienkiem. Powyżej leżąca część jelita na znacznej przestrzeni była pusta i w stanie znaczego spastycznego skurczu; nie była to zatem czysto mechaniczna niedrożność. Podobny przypadek opisał Lund w »Ann. of. Surgery« IX 1911.

4) Kol. Łążyński pokazuje preparat **wola** u chorej na chorobę Basedowa, u której spostrzegać się dało wybitne zwolnienie tętna podczas operacyi, co według prelegenta zależeć mogło od adrenaliny, użytej do znieczulenia.

W dyskusyi Kol. Fudakowski wyraża myśl, iż zwolnienie tętna zależało prędzej od podrażnienia nerwu błędnego. — Kol. Obniski zgadza się z kol. Fudakowskim wobec tego, iż u psów podczas tracheotomii, jako zabiegu przedwstępnego do dalszych doświadczeń, spostrzegał zwolnienie tętna, chociaż znieczulenie było ogólne i morfinowe.

Sekretarz: Z. Gilewicz.

Ze spraw szpitalnictwa.

Księga pamiątkowa, wydana przez Magistrat m. Warszawy, i szpitale warszawskie w jej oświetleniu.

(Ciąg dalszy).

W swoim czasie kolej wiedeńska, zamierzając pobudować jeden niewielki szpital, wysłała lekarza i budowniczego za granicę, by ci razem (warunek konieczny) przeprowadzili odpowiednie studya. Tak postępują dziś wszędzie, gdzie chcą coś robić oszczędnie i dobrze. B. Rada miejska dobr. publ. nigdy, ale to nawet przed tak ważnem przedsięwzięciem, jak budowa szpitala Dzieciątka Jezus, nie pomyślała o czemś podobnem. Ba, gdy nawet sam budo-

wniczy, widząc, że bez wzorów nie wybrnie z tego, pojechał na parę dni do Berlina i po powrocie zaprojektował w wymurowanych już budynkach konieczne zmiany, ówczesny inspektor lekarski niechętnie to przyjął, twierdząc, że budowniczy napróżno tylko jeździł, gdyż i bez tego byłoby dobrze. To też, powiedzmy to sobie otwarcie, nie posiadamy ani lekarzy, ani budowniczych, dokładnie obznajmionych z dzisiejszemi wymaganiami szpitalnictwa, a specyalnie budownictwa szpitalnego i ze sposobami ich zaspokojenia. Jeszcze wśród lekarzy możnaby znaleść paru, może kilku takich, którzy z własnej chęci, że tak powiem — z amatorstwa, zapoznali się nieco lepiej z pewnymi działami, z pewnemi stronami szpitalnictwa; lecz i ci całokształtem tegoż nigdy się nie zajmowali, gdyż było to w naszych stosunkach wprost stratą czasu i pieniędzy, bezużyteczną ofiarą. Jeszcze gorzej z budowniczymi. Budownictwo szpitalne — to wielki dział specyalny, wymagający osobnych studyów, przeprowadzonych ręka w rękę z lekarzem; lekarz bowiem wskazuje, co ma być i do czego służyć, budowniczy zaś odpowiednio do tego planuje, jak to można wykonać. Otóż o tem magistrat m. Warszawy dotąd nie pomyślał.

Brak ten rzuca się w oczy przy każdem przedsięwzięciu, czy to będzie projekt reform przez komisyę opracowany, czy też wprowadzenie ich w życie, choćby nawet na małą skalę (np. niedołężne budowanie nowych pawilonów w szpitalu praskim, błędy przebudówek w szpitalu św. Ducha i niemało innych).

Lecz wróćmy do projektu komisyi, która doszła do następujących ogólnych wniosków: 1) liczbę łóżek szpitalnych należy powiększyć do pięciu tysięcy; 2) w istniejących szpitalach wprowadzić rozmaite ulepszenia. Dla osiągnięcia tego komisya proponuje następujące środki (w streszczeniu): 1) usunąć ze szpitala chorych przewlekłych, nie wymagających opieki lekarskiej, i w tym celu wybudować dla nich przytułek przynajmniej na 300 osób; 2) urządzić 828 nowych łóżek szpitalnych; 3) wybudować pod miastem szpital dla chorych zakaźnych na 480 łóżek; 4) powiększyć liczbę miejsc w szpitalach dla umysłowo chorych; 5) wybudować za miastem sanatoryum dla chorych płucnych na 200 łóżek.

Ponieważ budowa nowych szpitali i przerobienie starych wymaga czasu i dużego nakładu funduszów, a reformy w zakresie szpitalnictwa w Warszawie są wprost naglące, przeto komisya zaproponowała, aby magistrat m. Warszawy przystąpił niezwłocznie do wykonania następujących reform: 1) oddać do rozporządzenia Zarządu szpitalnego dom przy ul. Złotej Nr 74; 2) rozszerzyć szpital św. Stanisława przez zbudowanie baraku na 30 łóżek i 2 pawilonów na 50 łóżek każdy, i jednocześnie usunąć zupełnie zrujnowany drewniany barak dla chorych na ospę; 3) na terytoryum szpitala praskiego zbudować nowy pawilon na 135 łóżek szpitalnych, a także dom administracyjny, ambulatoryum, kuchnię i pralnię; 4) wybudować nowe pawilony na terytoryum szpitali Dzieciątka Jezus, Starozakonnych i przy szpitalu dziecinnym na ulicy Śliskiej, każdy pawilon na 100 łóżek; 5) na terytoryum warsztatów im. Staszica wznieść nowy szpital na 500 łóżek szpitalnych; 6) przebudować w szpitalu św. Ducha czwarty pawilon, będący w stanie zupełnego zniszczenia; 7) urządzić w jednym z nowoprojektowanych pawilonów oddział dla chorych ocznych na 50 łóżek dla dorosłych i 15 dla dzieci; 8) w gmachu byłego szpitala Starozakonnych przy ul. Pokornej urządzić 200—250 łóżek szpitalnych dla chorych wyznania Mojżeszowego; 9) przerobić Instytut Mokotowski na oddział dla chorych przewlekłych, a dzieci z Instytutu przenieść na fermę Ksawerów; 10) uporządkować sprawę przytułku dla sług i najemników przy zakładzie św. Ducha i Panny Maryi przez wybudowanie dla nich oddzielnego domu za miastem; 11) ulepszyć warunki higieniczno-sanitarne w istniejących szpitalach. (Dok. nast.).

Ankieta w sprawie wydzierżawienia Krynicy.

Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie rozesłało do korporacyi i Towarzystw lekarskich, oraz do lekarzy, następujące pismo:

»Wśród wielu spraw, mających dla kraju ważne ekonomiczne znaczenie, jedną z najbardziej piekących jest sprawa dalszego rozwoju zakładu zdrojowo-kąpielowego w Krynicy i od lat szeregu oczekuje korzystnego załatwienia. Znaczenie tej sprawy podnosi jeszcze okoliczność, że Krynica nie jest zakładem wyłącznie przemysłowym, ale jako zakład leczniczy spełnia nadzwyczaj ważne zadania społeczne, wobec czego byt jej, dalszy rozwój i przyszłość obchodzić musi żywo nietylko jednostki, ale całe społeczeństwo.

Krynica, jako zakład leczniczy, istnieje od roku 1804, a jako własność funduszu religijnego pozostaje pośrednio pod zarządem c. k. ministerstwa rolnictwa. Właściwy jej rozwój datuje się jednak dopiero od połowy zeszłego wieku, od czasu zainteresowania się krynickim zakładem prof. Dra Dietla, który słusznie za wskrzesiciela Krynicy jest uważany. Dzięki jego właśnie zabiegom i w myśl ułożonego na komisyach, w tym celu zwoływanych w roku 1856 i 1886, planu inwestycyjnego, wprowadzał Rząd stopniowo od owego czasu aż do dnia dzisiejszego następujące ulepszenia: w r. 1866 łazienki mineralne kosztem 300.000 k., w r. 1872 chodnik kryty nad zdrojem głównym kosztem 48.000 k., w r. 1880 łazienki borowinowe kosztem 200.000 k., w r. 1884 zakład wodoleczniczy kosztem 60.000 k., w r. 1889 dom zdrojowy kosztem 400.000 k., w r. 1896 bazar kosztem 22.000 k., w r. 1897 dom mieszkalny »Korona« kosztem 58.000 k., w r. 1898 domy mieszkalne »Berło« i dla służby oraz dom izolacyjny kosztem 106.000 k., w r. 1899 wodociągi na obszarze dworskim kosztem 61.000 k. W miarę wprowadzania powyższych inwestycyi w życie zwiększała się z roku na rok frekwencya zakładu, a mianowicie: w r. 1850 wynosiła osób 131, a potem w odstępach 10-letnich 990, 1643, 2691, 4465, 5883, 11688 (w r. 1911).

Liczby te dowodzą dostatecznie, że wprowadzane przez Rząd inwestycye nie postępują równomiernie ze wzrostem frekwencyi zakładu, w następstwie czego od dłuższego już czasu odzywają się coraz silniej głosy niezadowolenia z gospodarki krynickiej. Głosy te znalazły echo w Kole polskiem, w Sejmie krajowym i Radzie państwa i skłoniły wreszcie władze centralne, głównie dzięki zabiegom namiestnika ś. p. Andrzeja hr. Potockiego, do podjęcia w Krynicy inwestycyi na szerszą skalę, a mianowicie wybudowania nowych łazienek borowinowych i nowego zakładu wodoleczniczego koszem łącznie przeszło 800.000 kor. i rozszerzenia obecnie istniejącego wodociągu na cały obszar zdrojowiska kosztem 70.000 koron. Ponieważ plany szczegółowe i kosztorysy tych nowych budowli miały otrzymać już zatwierdzenie ministerstw, a fundusze są gotowe na ten cel do podjęcia, należy się spodziewać, że po przejściu zwyczajnej w takich wypadkach procedury biurokratycznej, w najbliższym czasie przystąpi Rząd do budowy. Nadto celem znalezienia większej ilości wody mineralnej — co w razie pomyślnym umożliwiłoby budowę tak koniecznie dla Krynicy potrzebnych nowych łazienek mineralnych — prowadzi Rząd już od 1. grudnia zeszłego roku poszukiwania przez głębokie wiercenia według wskazówek prof. Dra Zubera. Równocześnie prowadzi się już obecnie regulacyę potoku Kryniczanki kosztem pół miliona koron, a wreszcie partycypował Rząd w $^1/_3$ części kosztów budowy kolei żelaznej normalno-torowej z Muszyny do Krynicy, przed rokiem właśnie otwartej.

Przytaczamy umyślnie dokonane, lub mające być w najbliższej przyszłości dokonane inwestycye w liczbach dla stwierdzenia faktu, że Krynica urosła w wielkie przedsiębiorstwo krajowe, w którem, według obliczenia ś. p. Dra Bolesława Skórczewskiego, interesy państwa zaangażowane są zaledwie w $^1/_{10}$ części, reszta, t. j. $^9/_{10}$ dochodów, jakie Krynica przynosi, zostaje własnością kraju. Nic dziwnego więc, że zakład krynicki, jego rozwój i przyszłość jest wobec tego sprawą wybitnie krajową, która powinna obudzić większe zainteresowanie ogółu, niż to było do tego czasu.

Z tego wychodząc założenia Polskie Towarzystwo balneologiczne postanowiło podniesioną w ostatnim czasie myśl wydzierżawienia Krynicy poruszyć publicznie w formie ankiety pisemnej i w ten sposób poddać ją rzeczowej ocenie mężów wybitnych i obeznanych ze sprawami Krynicy, którym dobro i przyszłość zakładu, a tem samem i dobro kraju na sercu leży«.

Pytania, dołączone do odezwy, są następujące:

1. Czy wydzierżawienie Krynicy jest dla dalszego rozwoju i przyszłości zakładu wskazane?

2. Jeśli jest wskazane, to komu zakład może być oddany w dzierżawę? (Krajowi, instytucyi finansowej, konsorcyum prywatnemu).

3. Czy istnieje w kraju instytucya finansowa, albo czy można w kraju stworzyć towarzystwo, któreby bez angażowania kapitałów obcych mogło wydzierżawić Krynicę?

4. Czy ewentualny dzierżawca ma wykazać i złożyć odpowiedni fundusz na wprowadzenie inwestycyi, koniecznych dla dalszego rozwoju zakładu? (Nowe łazienki mineralne, borowinowe i hydropatyczne, zakład dla elektro- i mechanoterapii, inhalatoryum, szpital z salą operacyjną i pracownią bakteryologiczno-chemiczną, nowy deptak kryty (kolumnada), drugi dom zdrojowy ewentualnie hotel, park poziomy, wodociągi, kanalizacya i t. d.).

5. W jakim okresie czasu i w jakim porządku winny być inwestycye przez dzierżawcę uskutecznione?

6. W jaki sposób należy przeszkodzić, aby Krynica nie dostała się w ręce niepowołane, np. konsorcyum, któreby dla względów konkurencyjnych mogło gospodarkę prowadzić dla zakładu niekorzystnie i przyprowadzić zdrojowisko do upadku?

7. W jaki sposób na wypadek dzierżawy mają być zabezpieczone interesy: a) kraju, b) chorych, c) gminy Krynicy i właścicieli domów, d) lekarzy wogóle, a w szczególności osiadłych w Krynicy?

8. Jakiej gwarancyi dotrzymania zobowiązań należy wymagać od dzierżawcy?

9. Czy jest możliwe i w jaki sposób dałoby się przyprowadzić do skutku oddanie zakładu krajowi, który dawałby pod każdym względem najlepszą rękojmię, że dla dobra własnego i społeczeństwa polskiego będzie dbać o rozwój zakładu?

10. Czy wreszcie obecna chwila, w której Rząd ma inwestować w Krynicy miliony, jest odpowiednia do wszczynania pertraktacyi z Rządem o dzierżawę i czy przez to zamierzone ulepszenia nie doznają dalszej zwłoki, tak szkodliwej dla rozwoju zakładu?

Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego« uchwaliła na swem posiedzeniu w d. 7. V. 1912, odbytem w obecności zaproszonych przedstawicieli Izby lekarskiej zach. gal., Krajowego Związku lekarzy, Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i lekarzy z Krynicy, przesłać Polskiemu Towarzystwu balneologicznemu następującą odpowiedź:

»(1) Wydzierżawienie Krynicy byłoby w dobie obecnej, wobec przedsięwzięcia przez Rząd znacznych inwestycyi, — nie na czasie.

(2) W razie wydzierżawienia uważalibyśmy za jedynie odpowiednie oddanie Krynicy w dzierżawę krajowi, nie przesądzając, w jaki sposób kraj zorganizuje administracyę zdrojowiska.

(5) Inwestycye powinny być dokonane w czasie jaknajkrótszym, najwyżej w ciągu 6 lat. Naprzód powinny powstać nowe łazienki borowinowe i hydropatyczne, oraz — po ukończeniu podjętych obecnie wierceń — łazienki mineralne; w tymże czasie powinno być wykonane rozszerzenie wodociągów i kanalizacyą. W drugim okresie powinny stanąć: szpital z odpowiednio urządzoną pracownią, zakład elektro- i mechanoterapeutyczny, inhalatoryum i zakład sztucznych solanek. Najpóźniej mogą być wykonane: nowy deptak, drugi dom zdrojowy, park poziomy i t. d.

(6) Należałoby się zwrócić do Koła polskiego w Wiedniu i do Sejmu krajowego, aby Krynica nie dostała się w ręce niepowołane, gdyby o jej wydzierżawieniu wogóle była mowa.

(7) Interesy sfer miejscowych, mających znaczenie dla rozwoju Krynicy, byłyby najlepiej zabezpieczone, jeżeliby Krynicę objął w dzierżawę kraj.

(Odpowiedź na punkty 3. 4. i 8. odpada wobec odpowiedzi na punkt 2., a odpowiedź na punkty 9. i 10. mieści się w odpowiedziach na pytania 1. i 6)«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 15. V. 1912 posiedzenie, na którem Dr Z. Szymanowski miał wykład o anafilaksyi.

Przedmiotem wykładów na szeregu posiedzeń najbliższych będzie sprawa zapalenia wyrostka robaczkowego.

— Komisya sanitarna austr. Izby posłów rozpoczęła obrady nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. W dyskusyi ogólnej zgłosił poseł Adam hr. Gołuchowski szereg wniosków, zgodnych z wnioskami ankiety z r. 1909 i z memoryałem Wydziału krajowego galicyjskiego.

— Akademia Umiejętności ogłasza konkursa na następujące stypendya: 1) im. Śniadeckich z fundacyi Seweryna Gałęzowskiego w kwocie 5000 franków, o które tym razem ubiegać się mogą kandydaci, poświęcający się naukom humanistycznym lub przyrodniczym; 2) im. Zenona Pileckiego w kwocie 2400 koron, dla przyrodników (pierwszeństwo mają kandydaci pochodzący z zaboru rosyjskiego). Termin podań o te stypendya, mające służyć na dopełnienie studyów zagranicą dla kandydatów posiadających stopień doktora lub kandydata nauk przyrodniczych (resp. lekarskich) do 15. czerwca 1912. Dalej ogłasza Akademia konkurs 3) na 5 stypendyów po 5000 koron rocznie z fundacyi im. Osławskiego dla docentów obu krajowych uniwersytetów i politechniki, oraz nauczycieli szkół średnich w kraju lub zagranicą (bez względu na pochodzenie, poddaństwo lub wyznanie — z wyjątkiem prawosławnego) z terminem podań do 29. czerwca 1912, wreszcie 4) na 2 stypendya po 900 koron (lub jedno 1800 k.) im. Maryi Jankowskiej dla słuchaczy szkół wyższych (pierwszeństwo mają pochodzący z Królestwa) z terminem do 15. VI. 1912 i na 5) na 2 stypendya im. Henryka Wohla po 900 k. dla słuchaczy szkół wyższych, Polaków wyznania mojżeszowego lub pochodzenia włościańskiego z terminem podań do 20. X. 1912.

— Walne Zgromadzenie członków Polskiego Tow. balneologicznego w Krakowie odbyło się 7. V. 1912. Z działalności Towarzystwa w r. z. podkreśla sprawozdanie, przedłożone Walnemu Zebraniu, urządzenie Wystawy balneologicznej polskiej podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, ankietę w sprawie wydzierżawienia Krynicy, wydanie X. rocznika Przeglądu zdrojowo-kąpielowego i Przewodnika turystycznego, bogato ilustrowanego Przewodnika po Galicyi i mapy zdrojowisk polskich Dra Zanietowskiego, rozsyłanych bezpłatnie po kraju i zagranicą; odznaczenie szeregu Zarządów zdrojowych i firm przemysłowych dyplomami komitetu wystawowego; pomoc udzieloną wycieczce medyków po zdrojowiskach, udział w obradach Centralnego Związku balneologów w Wiedniu, w obradach balneologicznych w Olten, w Zjeździe Krynickim, w jubileuszu Przeglądu lekarskiego, w Zjeździe lekarzy polskich i t. d., wniesienie do władz podań, odnoszących się do aktualnych spraw zdrojowych, podatkowych i ekonomicznych, wreszcie urządzenie cyklu odczytów w Tow. lekarskiem krakowskiem, w których poruszono między innymi kilkakrotnie konieczność utworzenia katedr balneologii. Po uchwaleniu zmian w statucie i w regulaminie wyborczym, do Wydziału weszli oprócz wybranych na przeciąg lat trzech: prezesa Prof. Pareńskiego, wiceprezesa Dra Cechy, sekretarza Dra Zanietowskiego, skarbnika Dra Piotrowskiego i redaktora Dra Frączkiewicza, nadto wydziałowi Dr Aronsohn, Lang, Mazurkiewicz, Pelczar i Wąsowicz, oraz Dr Regiec i Hoff jako członkowie komisyi kontrolującej. Wreszcie uchwalono urządzenie wycieczki medyków po zdrojowiskach w r. 1912, Zjazdu balneologicznego w r. 1913, ewentualny udział w Zjeździe techników i Wystawie architektonicznej, oraz wydanie odezwy, zachęcającej publiczność do popierania krajowych zdrojowisk i uzdrowisk.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. IV. do 11. V. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 5, ospy wietrznej 12, płonicy 7 † 2 (2 † —), odry 7, duru brzusznego 1 † — (2 † —), czerwonki — † — (1 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 5, ospy prawdziwej 9 † 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. W pracowni Dr St. Serkowskiego (St. Krzyska 17) odbędą się Październiku r. b. kursa naukowe i zajęcia praktyczne dla lekarzy, podzielone na 4 grupy: 1) Badania chemiczno-fizyologiczne. 2) Badania sanitarne. 3) Bakteryologia do celów lekarskich. 4) Kurs wakcynoterapii. Po ukończeniu jednomiesięcznego kursu mogą uczestnicy dla specyalizacyi brać udział w 3-miesięcznych zajęciach praktycznych. Zapisywać się można w pracowni, wymieniając grupę, do jakiej każdy z uczestników pragnie należeć.

— W Tomaszowie lubelskim rozpoczęto budowę szpitala na 16 łóżek na gruncie miejskim. Fundusz szpitala, zgromadzony ze składek, wynosi 37.000 rb.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 6. V. do 13. V. 1912 przypadków: ospy 2 † 3, duru osutkowego † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na XIX posiedzeniu Wydziału lekarskiego Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu d. 27. kwietnia (10 maja) odbył się wykład Prof. Ziemackiego »O gastroenteroanastomozach«. Na temże posiedzeniu wybrano komisyę dla sprawozdań z prac polskich chirurgicznych w rosyjskiem wydawnictwie Prof. Weljaminowa.

— Prof. Dr S. S. Zaleski delegowany został przez rząd rosyjski na międzynarodowy Zjazd w sprawie wychowania fizycznego w Rzymie.

Zmarli: Dr Jacek Stanisław Jasieńczyk Jabłoński, starszy lekarz powiatowy, długoletni wielce zasłużony prezes sekcyi sanockiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, gorliwy działacz społeczny, członek Rady powiatowej, współzałożyciel Kółka rolniczego, powiat. Towarzystwa zaliczkowego, Koła Tow. Szkoły ludowej, założyciel Sokoła w Lisku i t. d., w Sanoku w 60 r. ż.; ks. Dr Jan Władysław Żochowski w Brześciu litewskim w 71 r. ż.; urodzony w Machniszkach w pow. lidzkim, ukończył Akademię wojskowo-lekarską w Petersburgu, uczestniczył w powstaniu r. 1863, poczem jako emigrant uzyskał doktorat medycyny, c następnie został dyrektorem szpitala w Montpellier; po stracie żony poświęcił się stanowi duchownemu, jako proboszcz w Brześciu litewskim był zesłany do Rosyi, po powrocie osiadł w Warszawie; pracował piśmienniczo w zakresie zawodu duchownego, z prac lekarskich ogłosił »Anatomie du tissu conjonctif« (Montpellier 1867);

internista Prof. J. Bauer w Monachium, chirurg Prof. Scouly w Jassach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 22. maja 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wykład Prof. Dr Browicza: »O etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego«. 2) Dyskusya nad wykładem Dr Szymanowskiego.